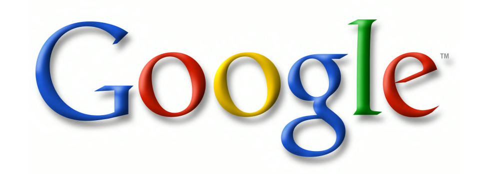
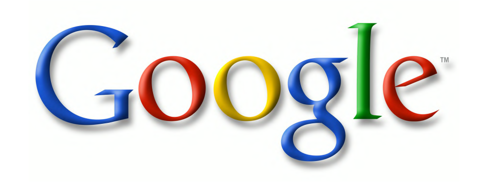
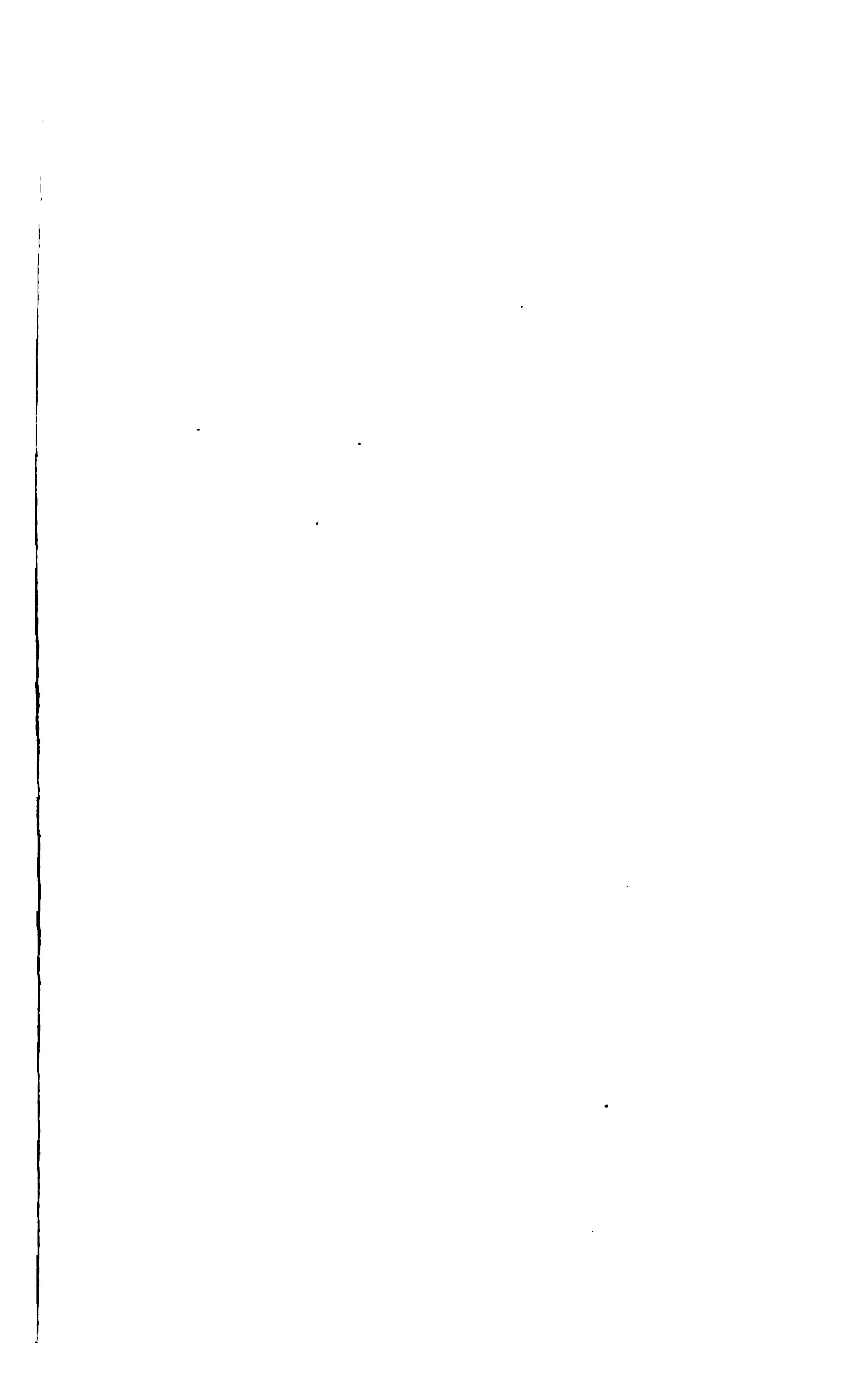





Accessions
Shelf No
408,773
FOUNDED 1852
BOSTONIA
CONDITA A.D.
1630.
BOSTON PUBLIC LIBRARY
Received Jan. 25 1888





TRENTE-QUATRIEME ANNEE

LA FRANCE MÉDICALE

1887. — TOME II

TRENTE-QUATRIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant les Mardi, Jeudi et Samedi

Rédacteur en chef :

LE Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières,

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de clinique médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale
Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

Dr A. CHEVALLEREAU,
Ancien interne des hôpitaux.
Oculiste consultant de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

COLLABORATEURS :

MM. les professeurs Germain Sée, Panas, Laboulbène, B. Ball,
A. Fournier, Bouchard, Dieulafoy, Proust, Bondet (de Lyon),
MM. Bucquoy, Fernet, Le Dentu, Rendu, Besnier, Polaillon, Mauriac,
De Saint-Germain, Descroizilles, Cadet de Gassicourt, Delore (de Lyon),
Th. Anger, Martineau, Corlieu, Laugier, H. Barth, Bazy, Genevoix,
Ern. Gaucher, Jumont, L. Boucher, Garnier, Ory, Verchère.

1887. — TOME II

PARIS
A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1887

34e Année. — Tome II. N° 77 Samedi 2 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 1er juillet 1887.

La discussion sur le surmenage intellectuel a continué par un discours de M. le professeur Peter, qui, envisageant la question en médecin surmené, comme il le dit, en a surtout montré le côté pathologique. Or, ce côté pathologique est vaste et peut comprendre bien des symptômes. Ces derniers résultent d'ailleurs d'une courbature cérébrale, analogue à la courbature musculaire. Il y a épuisement de la cellule cérébrale vivante et encombrement par la cellule morte, il y a ici encore ce que M. Peter a décrit depuis longtemps sous le nom d'autotyphisation. On observe alors la céphalalgie, s'accompagnant parfois d'un appareil fébrile intense et simulant la fièvre typhoïde ; parfois c'est une fièvre typhoïde véritable, survenant dans les milieux les plus confortables et affectant, de toute une famille placée par ailleurs dans les mêmes conditions hygiéniques, une seule personne, le jeune homme ou la jeune fille surmenés par la préparation des examens.

Le cœur est douloureux, dilaté et peut faire croire à l'existence d'une endocardite ou d'une myocardite durables; mais l'une des plus redoutables conséquences du surmenage intellectuel, c'est la tuberculose pulmonaire, d'autant plus que dans la vie de collège ou de pension, la déplorable influence d'un air confiné et irrespirable s'ajoute à l'effet des travaux forcés auxquels on soumet le cerveau.

M. Peter montre en passant la déplorable hygiène alimentaire à laquelle sont astreints les élèves de la plus célèbre de nos écoles, l'École polytechnique : le matin à 7 heures et demie, un peu de pain avec du café noir ; déjeuner à 2 heures et demie seulement, dîner à 9 heures, puis coucher immédiatement après. Il est difficile d'imaginer des conditions plus savamment agencées pour amener la tuberculose chez des jeunes gens.

Dans cette même séance, M. Brouardel a lu, de la part de MM. Ogier et Minorici, un travail sur les ptomaïnes au point de vue des causes

d'erreurs dans les recherches toxicologiques, et M. Le Dentu a présenté un nouvel instrument destiné à pratiquer l'œsophagotomie interne.

MM. Gibert, du Havre, et Riembault, de Saint-Etienne, ont été nommés correspondants de l'Académie. A. Ch.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — SERVICE DE M. JACCOUD

Pleurésie purulente à marche chronique. — Fistule pleuro-bronchique. — Mode d'examen des maladies de poitrine. — Traitement.

Leçon recueillie par le D[r] Greffier,
Ancien interne des hôpitaux.

Messieurs, j'ai à vous parler aujourd'hui de notre malade qui occupe le n° 5 de la salle des hommes et qui est entré le 1[er] juin dans mon service.

C'est un homme de 34 ans, ébéniste, de constitution moyenne, exposé seulement à l'inhalation fréquente de poussières.

Depuis 1880, il a été tourmenté à plusieurs reprises par des bronchites. La première, survenue en 1880, était-elle une simple bronchite comme le dit le malade ? Il est permis d'en douter d'après les renseignements qu'il nous donne. Car elle s'est accompagnée d'hémoptysies, et en outre, y compris la convalescence, elle a duré six mois.

La santé a été bonne jusqu'en 1884, où il a été atteint d'une nouvelle bronchite de six semaines de durée : à la suite de cette maladie il a conservé de la toux et de l'expectoration.

Dans le courant des mois de juillet, août et septembre 1884, petites hémoptysies qui ne l'ont pas empêché de continuer son travail.

L'état reste satisfaisant jusqu'en juillet 1885. Cependant le malade conservait toujours de la toux et de l'expectoration. Au commencement de juillet 1885, se déclare une nouvelle maladie. Le patient ne sait comment la qualifier. Mais, d'après sa description, on voit qu'il s'agit d'une maladie aiguë, avec fièvre très forte et douleur du côté gauche d'une extrême violence. Cette douleur, il est très affirmatif sur ce point, *a duré vingt jours*. L'évolution de cette maladie a duré six semaines environ.

Il s'est bien remis, mais a continué plus que jamais à tousser et à cracher.

En septembre 1886, un an après la guérison de cette affection, et sans que cette année d'intervalle ait été marquée par aucun accident

pathologique nouveau, il s'est aperçu tout-à-coup de deux phénomènes particuliers. 1° L'expectoration avait augmenté d'une façon considérable et avait pris les caractères du pus. 2° A l'occasion du moindre mouvement, il entendait un bruit de clapotement dans la poitrine à gauche. Cela ne l'incommodait que médiocrement d'ailleurs, et il continuait son travail.

Interrogé par nous sur l'abondance de l'expectoration à cette époque, il l'estime à plus d'un litre par jour. Le matin au réveil il expectorait d'abord un tiers de litre environ. Le reste était rendu dans la journée, principalement à l'occasion des mouvements. Du reste tout cela s'est passé sans fièvre, la détérioration organique inévitable ne s'est traduite que par un amaigrissement peu considérable, de sorte que ce n'est qu'au 1er juin 1887 qu'il a sollicité son admission à l'hôpital, admission nécessitée par le déclin des forces.

A son entrée, nous constatons le clapotement ainsi que l'expectoration purulente et nous faisons immédiatement le diagnostic *pleurésie purulente avec fistule pleuro-bronchique.*

Quand donc le malade a-t-il été atteint de pleurésie ?

Ce ne peut être évidemment qu'en juillet 1885, lorsqu'il a été atteint d'une maladie aiguë avec douleur thoracique gauche, intense et prolongée. La guérison s'est faite incomplétement et l'épanchement a tourné à la purulence.

Or, ce n'est qu'en septembre 1886 que le malade s'est aperçu qu'il crachait du pus, et qu'il a perçu le clapotement.

Ces phénomènes se sont produits brusquement, il en a donc été de même de la perforation.

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est qu'il résulte de cette analyse que *pendant un an* le pus a séjourné dans la poitrine et cependant la tolérance des tissus a été telle que ce n'est qu'au bout de ce temps que s'est faite la perforation. Pendant toute cette année, le malade continuait son travail et n'avait pas de fièvre.

Remarquons encore que, depuis septembre 1886, cette fistule ne s'est jamais fermée : l'expectoration n'a pas cessé.

Un examen sommaire tel qu'on le pratique *classiquement* vient confirmer le diagnostic. Le malade étant assis, on trouve en arrière des signes d'épanchement gazeux, toux amphorique, succussion, par moment tintement métallique.

Je veux bien vous faire remarquer, Messieurs, que cet examen superficiel, suffisant pour établir le diagnostic pyo-pneumo-thorax, est tout-à-fait insuffisant dans le cas où nous aurions par exemple à instituer une intervention opératoire. Nous ignorons, en effet, la configuration du foyer purulent, son étendue, ses rapports avec les parois thoraciques. Je vais vous rapporter les résultats de l'examen

auquel je me suis livré : cela vous apprendra en même temps comment vous devez procéder en pareil cas.

Eliminons tout d'abord, pour n'avoir plus à y revenir, le *côté droit*. Et disons que le sommet droit présente quelques signes d'infiltration tuberculeuse.

Ceci fait, le *côté gauche* va seul nous occuper.

Commençons par la *région antérieure.*

Le malade étant dans le décubitus dorsal, nous commençons par l'*inspection :* celle-ci nous révèle un peu d'affaissement sous la clavicule gauche et une immobilité presque complète de la moitié inférieure gauche de la paroi thoracique qui ne prend pas part à la respiration.

Palpation. Sauf dans la région sous-claviculaire, abolition des vibrations vocales.

Percussion. Sonorité à peu près normale au-dessous de la clavicule Un peu plus bas, sonorité un peu exagérée et dans l'espace semilunaire de Traube (du mamelon au rebord costal) matité absolue.

Auscultation. Dans la région sous-claviculaire, râles sous-crépitants et craquements humides. Mais à trois travers de doigt au-dessous et jusqu'au mamelon, timbre amphorique. A la partie moyenne, les râles diminuent et le souffle amphorique domine. De temps en temps, tintement métallique.

En définitive, tous les signes concordent à nous faire reconnaître trois zones.

Dans la zone supérieure, le poumon est près de l'oreille,

Dans la zone moyenne, signes de la présence d'un gaz.

Dans la zone inférieure, signes de la présence d'un épanchement liquide.

Examinons maintenant la *région postérieure :*

Le procédé sera le même et nous trouvons :

Submatité, sauf à la partie moyenne où la matité est un peu exagérée.

Vibrations vocales conservées à la partie supérieure : absentes au milieu et en bas.

Dans la partie supérieure, râles sous-crépitants plus abondants que sous la clavicule. Puis en descendant : phénomènes amphoriques, tintements métalliques. A la partie inférieure, râles sous-crépitants.

Pour les deux tiers supérieurs, la configuration est donc la même en arrière qu'en avant. A la partie supérieure, le poumon est près de l'oreille comme en avant : nous en concluons que le lobe supérieur est adhérent à la paroi thoracique. C'est pour cela que l'épanchement ne l'a pas déplacé.

Le tiers moyen présente en arrière comme en avant les phénomènes amphoriques.

Mais pour le tiers inférieur, la différence est sensible :

En avant, nous avons observé un silence complet ; en arrière au contraire, nous rencontrons des râles sous-crépitants abondants et situés sous l'oreille. Le poumon est donc écarté de la paroi en avant : il en est au contraire rapproché en arrière.

Il résulte de là que l'épanchement n'est pas total. C'est à la partie moyenne que s'est fait la perforation.

C'est à la partie moyenne qu'il siège principalement ; mais en avant il s'est fait une accumulation de liquide, et tout l'espace semi-lunaire est occupé par le pus.

Nous avons donc affaire à un pyo-pneumo-thorax *partiel*, qui serait *partiel moyen* si nous ne considérions que la région postérieure ; mais qui est partiel irrégulier, puisqu'en avant il occupe la partie inférieure.

On voit que par cette méthode d'examen nous arrivons à un diagnostic topographique précis qui nous fournirait tous les renseignements nécessaires si nous étions dans l'intention d'intervenir.

L'examen classique au contraire ne nous aurait donné que des notions tout à fait insuffisantes. Nous aurions été tenté de ponctionner en bas et en arrière et nous aurions rencontré le poumon. La ponction, si on la fait, devra au contraire être faite en avant ou sur le côté.

Il est évident que tous ces phénomènes sont liés à la tuberculose. Les bacilles ont été trouvés dans les crachats. L'expectoration est toujours abondante. Mais l'état général est assez satisfaisant. Il n'y a pas de fièvre ; l'amaigrissement n'est pas extrême. Le malade mange bien ; les urines sont normales. Le cœur est déplacé à droite ; mais la tolérance s'est faite et les bruits sont normaux.

Aussi, Messieurs, je ne me hâte pas d'intervenir chirurgicalement. S'il faut en arriver là, on devra commencer par la ponction. Mais il n'est guère probable qu'elle donne de résultats : car il doit y avoir déjà une coque très épaisse. Il faudra donc arriver à l'empyème.

J'ai commencé par un traitement tonique : vin de quinquina, acide salicylique, 1 gramme par jour comme antiseptique.

A cette médication, j'ai ajouté des inhalations d'acide salicylique auxquelles j'attache une grande importance. On les pratique au moyen d'un petit pulvérisateur à vapeur : le tube de caoutchouc plonge dans un petit vase contenant la solution suivante :

Eau........................	100 c. cubes.
Acide salicylique..........	0,24 centigr.

Au pulvérisateur est adapté un tube de verre légèrement aplati

que le malade prend dans sa bouche. Il faut vingt minutes pour inhaler les 100 c. c.

Je fais recommencer deux fois par jour l'opération, et par conséquent inhaler 0,48 centigrammes d'acide salicylique.

Si la substance ne pénètre pas jusque dans les bronches, à coup sûr elle pénètre dans l'organisme, car on la retrouve dans les urines.

Il me semble que, chez notre malade, la capacité du foyer purulent a au contraire tendance à diminuer. L'expectoration n'est plus tout-à-fait aussi abondante que celle qu'il nous indiquait. Enfin, le bon état de l'organisme nous permet d'attendre. Si, au bout de quelque temps de ce traitement, je ne vois pas survenir d'amélioration, il faudra tenter l'intervention chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *juin* 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° un pli cacheté, sur le microbe de la suette, adressé par M. Lemaistre (de Limoges) ; 2° un pli cacheté, relatif à un instrument permettant de faire les incisions sans douleur, adressé par M. Figueira, de Madère ; 3° un pli cacheté adressé par M. Onimus, sur les oxydations médicamenteuses. Ces plis cachetés sont acceptés; 4° une lettre de M. le Dr Cantani (de Naples), qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division. La Commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : én première ligne, M. Gibert (du Havre) ; en deuxième ligne, M. Riembault de (Saint-Étienne) ; en troisième ligne *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Barallier (de Toulon), Mordret (du Mans), Poincarré (de Nancy), et Widal (d'Alger).

Au premier tour de scrutin, sur 43 votants, majorité 22, M. Gibert est élu par 37 voix contre 4 à M. Barallier (de Toulon), et 2 bulletins blancs.

Au deuxième tour de scrutin, sur 46 votants, majorité 24, M. Riembault est élu par 38 voix contre 4 à M. Poincarré, 3 à M. Barallier et 1 à M. Mordret.

LES PTOMAÏNES AU POINT DE VUE DES CAUSES D'ERREURS DANS LES RECHERCHES TOXICOLOGIQUES. — M. Brouardel lit sur ce sujet un travail de MM. Ogier et Minorici. Les auteurs résument leur travail de la façon suivante :

1° Le foie et les reins fournissent des résidus qui ont en général les mêmes réactions.

2° Les résidus les plus abondants sont fournis par l'alcool amylique (solution alcaline), — puis par la benzine et le chloroforme (solution acide), — le pétrole (hydrure d'hexyle) n'enlève rien ou presque rien aux solutions alcalines.

3° Dans un seul cas (fœtus de sept à huit mois ne présentant aucune trace de putréfaction), les résidus n'ont présenté aucune réaction alcaloïdique. Dans toutes les autres séries, on a obtenu des substances basiques plus ou moins abondantes, précipitant par les réactifs généraux ; (le plus sensible de ces réactifs est, de beaucoup, l'iodure de potassium ioduré). Les résidus sont déjà très notables avec des viscères dont la putréfaction est cependant à peine commencée (cadavres de 2 à 4 jours en été); plus abondants avec les viscères franchement putréfiés (cadavres de 8 à 20 jours) : au delà d'une certaine limite de putréfaction (cadavres exhumés après deux ans et plus), la dose de ptomaïne diminue d'une manière évidente, conformément aux observations déjà faites par différents auteurs.

4° L'examen détaillé de nos tableaux d'expériences peut donner une idée du degré de confiance qu'on doit accorder aux diverses réactions colorées dans la recherche des bases végétales toxiques, et montrer quelle est l'influence des ptomaïnes sur la réaction; voici quelques exemples : Le perchlorure de fer n'a jamais donné aucune coloration ; c'est donc un très bon réactif de la morphine. La potasse alcoolique, après oxydation par l'acide nitrique, n'a jamais donné de réaction violette, comparable à celle que donnerait l'atropine. L'acide nitrique seul produit le plus souvent des colorations jaunes ou orangées, bien moins intenses que celle qu'on aurait avec la brucine, mais pouvant jusqu'à un certain point être confondues avec la teinte que donnerait une trace de morphine. L'emploi des réactifs contenant un grand excès d'acide sulfurique (molybdate, vanadate, sélénite, etc.) est rendu fort incertain par la présence des ptomaïnes ; on obtient, en effet, des colorations de tons variables, rougeâtres, quelquefois violacées, et le plus souvent identiques à celles que donnerait l'acide sulfurique seul. Avec le bichromate et l'acide sulfurique nous avons vu se produire, une seule fois, une teinte violacée analogue à celle que donnerait une trace de strychnine ; avec l'acide sulfurique alcoolisé et le perchlorure de fer, certains résidus ont donné des teintes verdâtres, pouvant être confondues avec la coloration que prend la digitaline dans les mêmes conditions.

Il importe donc de tenir compte de ces diverses causes d'erreur, mais il ne faut pas cependant en exagérer l'importance : ces colorations, dues aux ptomaïnes, ne sont en effet jamais aussi franches,

aussi évidentes que les colorations de même genre produites par les bases végétales. Si l'on se rappelle en outre qu'une seule réaction colorée ne saurait suffire pour permettre à l'esprit de formuler des conclusions précises, qu'il faut pouvoir s'appuyer sur tout un ensemble de caractères chimiques ou physiologiques, on voit que les chances d'erreur sont en réalité infiniment faibles.

En somme, la purification complète des résidus, la séparation des ptomaïnes et des bases végétales est, pour les recherches toxicologiques, un problème de la plus haute importance, dont la solution est encore à trouver.

Note sur l'œsophagotomie interne a séances multiples. Modifications a l'instrument de Maisonneuve. — *M. Le Dentu* présente un instrument fondé sur le même principe que l'uréthrotome de Maisonneuve et destiné à inciser les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Six lames de différents calibres peuvent être introduites dans les rainures de l'instrument et permettent d'obtenir des incisions variant entre 12 et 21 millimètres. Un malade que M. Le Dentu a soigné de cette manière en a obtenu un résultat très favorable. (Comm. : MM. Trélat, Perrin et Léon Le Fort).

Du surmenage intellectuel. — *M. Peter.* Tous les peuples civilisés et particulièrement les Français sont soumis depuis quelques années à un surmenage général dont le surmenage intellectuel n'est qu'une forme ; mais M. Peter veut se limiter aux surmenés du cerveau, aux surmenés involontaires qui remplissent nos collèges, nos lycées et nos écoles supérieures et qui sont victimes de programmes trop surchargés, et il abordera uniquement le côté pathologique de la question.

Ce qui est vrai de la fibre musculaire vivante épuisée, encombrée de la fibre musculaire morte sous la forme de créatine, de créatinine, d'inosite, d'acide lactique, est également vrai de la cellule cérébrale préposée à la pensée. La cellule cérébrale s'épuise et il en résulte une courbature cérébrale analogue à la courbature musculaire, courbature se caractérisant par de la céphalalgie et de l'impotence intellectuelle.

La céphalalgie est, en effet, dans ces cas, l'un des premiers et le principal symptôme.

Parfois on observe les symptômes d'une véritable fièvre typhoïde, céphalalgie, fièvre intense, épistaxis, courbature, etc. En même temps, le malade élimine 35 ou 40 grammes d'urée par jour, c'est une véritable débâcle, par les urines, par les sueurs, par les garde-robes. L'impotence intellectuelle persiste pendant quelques jours encore. M. Peter cite à ce sujet quelques exemples très typiques.

Dans un cas, chez une jeune fille, les troubles intellectuels persistent depuis trois ans.

La fièvre typhoïde elle-même peut naître dans ces conditions avec prédominance des troubles intellectuels; on voit alors, dans toute une famille placée dans les meilleures conditions hygiéniques, un seul membre de cette famille être pris de fièvre typhoïde, c'est le jeune homme ou la jeune fille surmenés par leurs examens.

On observe également le surmenage du cœur, allant jusqu'à l'endocardite et à la myocardite; il y a souvent des palpitations douloureuses avec de l'arhythmie entraînant une dilatation du cœur qui peut faire croire à de l'hypertrophie cardiaque, et qui disparaît lorsque le surmenage a cessé.

Ces accidents se montrent au maximum chez les cloîtrés, chez les internes des lycées et des écoles. L'air, dans ces conditions, est confiné, toxique, et il est respiré par des enfants placés dans les plus mauvaises conditions hygiéniques. Dans ces conditions néfastes on voit les jeunes gens s'étioler et souvent se tuberculiser. La tuberculisation est d'autant plus rapide et d'autant plus meurtrière qu'elle frappe des sujets qui n'y étaient pas prédisposés.

M. Peter cite à ce propos la déplorable hygiène alimentaire observée à l'École polytechnique.

M. Peter s'adresse donc à l'Académie et aux pouvoirs publics pour que l'on mette un frein à ce surmenage et que l'on ne laisse pas ainsi moissonner dans sa fleur la jeunesse française.

Les jetons des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris. — M. *Corlieu* lit un travail sur ce sujet et présente une collection de jetons des plus curieuses. Nous publierons prochainement un extrait de ce très intéressant mémoire.

A 4 heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Vallin sur les candidats dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Ollivier; en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Magnan et Motet; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Laugier, Napias et Riant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 4 au 9 juillet 1887.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 6, à 1 heure. — M. Lavergne: De la kératite interstitielle. (Étude étiologique.) *Président* :

M. Fournier. — M. Bradley : Iodisme. *Président :* M. Fournier. — M. Barnard : Des plaies de l'intestin par armes à feu. *Président :* M. Trélat. — M. Piquard : Tarsalgie des adolescents. *Président :* M. Lannelongue. — M. Dutreland : Des fractures multiples complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps) chez l'adulte et chez l'enfant. *Président :* M. Lannelongue.

Jeudi 7, à 1 heure. — M. Pacaud : De la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine. *Président :* M. Tarnier. — M. Loye : Recherches expérimentales sur la mort par décapitation. *Président :* M. Brouardel. — M. Langlois : Contribution à l'étude de la calorimétrie directe chez l'homme. *Président :* M. Grancher :

NOUVELLES

Congrès d'hygiène de Vienne. — Le ministre du commerce vient d'instituer un comité chargé d'assurer la participation de la France au congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (section d'hygiène).

Ce comité est composé de la manière suivante :

Président d'honneur

M. Pasteur, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences.

Président

M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Vice-présidents

M. C. Nicolas, conseiller d'Etat, directeur du commerce intérieur. — M. Monod (H.), directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. — M. le docteur Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des services vétérinaires.

Secrétaire

M. le docteur Napias, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

Secrétaires adjoints

MM. le docteur A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et Paul Roux, sous-chef du bureau de l'hygiène publique.

Membres

M. le docteur Arnoud, professeur d'hygiène à la Faculté de Lille. — M. le docteur Ballet, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — M. le docteur Bourneville, député. — M. Cernesson, conseiller municipal de Paris. — M. le docteur Chamberland, député, chef du laboratoire de M. Pasteur. — M. le docteur Chassaing, conseiller municipal de Paris.

— M. le docteur Chautemps, conseiller municipal de Paris. — M. le docteur Chevallereau, secrétaire de la rédaction de la *France médicale*. — M. le docteur Colin (Léon), membre de l'Académie de médecine, médecin inspecteur de l'armée. — M. le docteur Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de Paris. — M. le docteur de Ranse, directeur de la *Gazette médicale de Paris*. — M. le docteur Drouineau, chirurgien en chef des hôpitaux de la Rochelle. — M. le docteur du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes. — M. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, attaché au service municipal de Paris. — M. le docteur Gestin, directeur du service de santé et président du conseil supérieur de santé de la marine. — M. Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris. — M. le docteur Grancher, professeur à la Faculté de Paris. — M. le docteur Henrot, professeur à l'Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur Laborde, directeur des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Lacassagne, professeur à la Faculté de Lyon. — M. le docteur Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire de médecine*. — M. le docteur Marey, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France. — M. Nocard, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. — M. le docteur Pamard, chirurgien en chef de l'hôpital d'Avignon. — M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique. — M. le docteur Poincarré, professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy. — M. le docteur Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — M. le docteur Richard, médecin-major de l'armée, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce. — M. le docteur Robinet, conseiller municipal de Paris. — M. le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine. — M. Strauss, conseiller municipal de Paris. — M. Trélat (Emile), professeur au Conservatoire national des arts et métiers. — M. le docteur Vallin, médecin principal de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Les dangers de l'hypnotisme. — Il y a quelques jours, on conduisait à l'hôpital Saint-André, salle 16, dans le service du professeur Pitres, un jeune homme qui, dans une crise de sommeil hypnotique, avait cherché à se suicider. Ce malade, employé à la Compagnie des chemins de fer du Midi, était un des sujets ordinaires à l'aide desquels M. Donato faisait dernièrement à Bordeaux des séances publiques d'hypnotisme. Depuis cette époque, il est sujet à des crises de sommeil spontané pendant lesquelles il accomplit des actes inconscients qui ne sont pas sans danger pour lui et pour les personnes de son entourage,

M. Pitres s'efforce de ramener le calme dans ce cerveau malade. Après une ou deux courtes séances d'électrisation cérébrale, il a recommandé le repos intellectuel le plus absolu. Le père de ce jeune homme, très affecté de l'état de son fils, voulait le faire placer dans une chambre payante. M. Pitres s'y est opposé ; il a préféré le laisser dans la salle commune où le malade a plus de distractions et peut être plus facilement surveillé par le personnel. Actuellement, on le soumet à l'usage des

bains prolongés ; plus tard, on essaiera de détruire une à une les diverses suggestions sous l'influence desquelles il pourrait encore se trouver. Depuis qu'il est entré à l'hôpital, une amélioration sensible s'est produite dans son état. Les crises de sommeil, sans avoir entièrement disparu, sont devenues moins nombreuses, moins longues et par conséquent moins graves.

Cet exemple regrettable démontre les dangers des pratiques d'hypnotisation inconsidérée et non scientifique. Les sujets hypnotisés sont des malades qu'il peut être parfois utile de montrer dans une clinique à un public médical, mais qu'il n'est pas sans inconvénients d'exhiber en public et de soumettre à des expériences fréquemment répétées.

Dans un article récent, l'un de nous a montré tout le parti que la thérapeutique pouvait tirer de l'hypnotisme. Nous apprenons avec plaisir que M. Pitres, dont la compétence en ces matières et l'impartialité absolue ne sont mises en doute par personne, se propose de revenir sur cette question et de faire quelques leçons sur les avantages et les dangers de l'hypnotisme (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

Bulletin de la mortalité *du* 19 *au* 25 *Juin* 1887. — Fièvre typhoïde 10. — Variole, 5. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, Croup, 21. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55.

Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 41. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 63.

Bronchite aiguë et chronique, 43. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 49. Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 78.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 12. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 14.

Nombre absolu de la semaine : 909. — Résultat de la semaine précédente : 1,090.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier,
23, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Etude médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme, par le Dr Pouillet, 5e édition, 1 vol. in-18°, 3 fr. 50.

Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses) au moyen de la rectification forcée et du massage, par le Dr G. Norstrom, in-8. 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 78 Mardi 5 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Action du chlorure d'éthylène sur la cornée,

Par MM. R. Dubois et L. Roux (1).

M. le professeur Bouchard a récemment fait connaître les modifications singulières qui surviennent dans le cristallin à la suite de l'administration prolongée de la naphtaline. Sous l'influence de ce carbure d'hydrogène, le cristallin perd sa transparence chez le lapin, comme cela a lieu chez la grenouille par l'action du chlorure de sodium. Mais un fait qui nous paraît être sans précédents, c'est l'opacification expérimentale des deux cornées, à l'exclusion des autres milieux de l'œil, sous l'influence d'un agent administré par les voies respiratoires.

En poursuivant nos recherches sur l'action physiologique comparée des composés chlorés de l'éthane, nous avons été conduits à faire inhaler à des chiens des vapeurs de chlorure d'éthylène.

Nous décrirons ultérieurement les particularités qui distinguent cet agent anesthésique et nous indiquons ici seulement ce qui est relatif aux modifications qu'il fait éprouver aux milieux réfringents de l'œil.

La durée des inhalations n'a pas dépassé une heure et demie. Pendant ce laps de temps, on ne voit se produire du côté de l'œil aucun phénomène particulier, si ce n'est une diminution considérable de la pression intra-oculaire et un astigmatisme irrégulier signalé par l'un de nous dans l'anesthésie chloroformique prolongée (2). Dans l'anesthésie par le chlorure d'éthylène, ces modifications sont seulement beaucoup plus accusées.

Les cornées restent transparentes tant que dure l'inhalation et, après celle-ci, tant que l'animal rejette par les voies respiratoires

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) R. Dubois, Bulletin de la Société de Biologie, 1884.

l'anesthésique dont il a été imprégné. Mais, au bout de seize à dix-huit heures, peut-être plus tôt, les deux cornées perdent leur transparence, prennent une teinte bleuâtre opalescente et donnent à la physionomie de l'animal une expression étrange. Chez les deux animaux mis en expérience, c'est pendant la nuit que ce singulier accident s'est produit. La disposition de l'inhalateur ne permettait aucun contact direct de l'œil avec les vapeurs anesthésiques. Le réveil s'était produit sans troubles particuliers et rien n'a révélé, ni à ce moment, ni ultérieurement, l'existence de lésions nerveuses appréciables.

L'un des animaux a été sacrifié, l'autre a été gardé en observation depuis quinze jours. Tous deux ont présenté les mêmes symptômes.

Chez celui qui a été conservé, la tension du globe de l'œil est encore exagérée, mais moins que dans les premiers jours. L'augmentation de tension intra-oculaire a atteint son maximum au moment de la production de l'opacité cornéenne.

La courbure de la cornée est manifestement exagérée, principalement suivant le méridien vertical, d'où il résulte un astigmatisme régulier, facilement appréciable avec le disque de Placido. Au moment où nous avons constaté l'opacité cornéenne, il n'y avait plus trace d'astigmatisme irrégulier ; la surface de la cornée avait conservé son aspect poli, bien que l'examen à la loupe permît de constater de très petites et très nombreuses dépressions sur toute son étendue.

L'aspect général est celui d'un staphylome antérieur total, opaque et symétrique des deux yeux.

La vision est conservée, mais elle est un peu troublée par l'opalescence cornéenne. A l'ophthalmoscope, avec un fort éclairage, on peut constater que le cristallin a gardé sa transparence, mais on ne peut distinguer les détails du fond de l'œil. Le réflexe oculo-pupillaire est conservé, ainsi que le réflexe oculo-palpébral. La sensibilité de la cornée et celle de la rétine n'ont jamais paru altérées après le réveil de l'animal. Depuis deux jours l'état de la cornée s'est amélioré. L'opacité était primitivement uniforme, mais actuellement on distingue à l'éclairage direct et avec l'ophthalmoscope, surtout à l'aide d'une loupe, de nombreuses arborisations blanchâtres, limitant des espaces plus clairs et dont la direction générale est rayonnante de la périphérie vers le centre.

Les expériences de M. le professeur Ranvier (1) sur les cornées d'animaux sacrifiés ayant démontré que, sous l'influence d'une

(1) Voir Leçons d'anatomie générale faites au Collège de France. Paris, 1881.

augmentation de pression, la cornée peut perdre sa transparence, il n'est pas impossible que les variations de la tension intra-oculaire que nous avons signalées soient la cause de la perte de transparence produite expérimentalement *chez l'animal vivant.*

Nous avions pensé qu'il serait possible de rétablir la transparence en soumettant de nouveau l'un de nos sujets à l'action du chlorure d'éthylène, mais notre tentative a échoué. La diminution de tension intra-oculaire seule s'est montrée.

On est en droit de se demander s'il ne s'agit pas plutôt ici d'une déshydratation de la cornée plus prononcée pour certains éléments constituants de cette membrane, l'un de nous ayant démontré l'action déshydratante puissante exercée par les vapeurs anesthésiques sur les tissus animaux et végétaux (1). Ce qui ferait pencher vers cette manière de voir, c'est la perte de poids remarquable subie par les animaux en expérience, que l'on ne peut expliquer ni par une exagération des phénomènes de désassimilation, ni par le refus d'aliments.

Quoi qu'il en soit, ces observations sont intéressantes à divers points de vue. Elles viennent enrichir la liste de ces accidents si mal connus, qui éclatent au moment où l'économie se débarrasse d'un poison et qui diffèrent totalement de ceux qui sont produits par la pénétration de ce poison.

D'autre part, ces expériences permettront peut être de pénétrer plus profondément encore dans la connaissance de l'anatomie et de la physiologie de la cornée et d'arriver à une interprétation plus rationnelle de certaines affections pathologiques.

Dans tous les cas, elles montrent l'importance et la nécessité de l'expérimentation préalable sur des animaux, quand il s'agit d'agents thérapeutiques que l'on soupçonne pouvoir être appliqués utilement à l'homme.

REVUE DE LA PRESSE

—

DIE LEBERSYPHILIS, par le D[r] *L. Peiser* (*Deutsche med. Zeit.*, 7 avril 1887). — Le D[r] Louis Peiser a esquissé une étude symptomatologique de la syphilis hépatique d'après 34 observations, dont l'une provient de la clinique de l'Université d'Erlangen. Sur les 34 cas, 21 appartiennent aux hommes, 14 aux femmes. Le plus souvent, les

(1) R. DUBOIS, *Comptes rendus*, 1886.

symptômes se sont montrés de 3 à 7 ans après le début, 2 mois et demi dans un cas, 25 ans dans un autre. Le foie était généralement augmenté de volume et lorsque l'ascite ou la douleur ne s'opposaient pas à l'examen, on sentait des granulations, des bosselures ou des sillons à la surface de l'organe. La douleur était constante, diffuse ou localisée, vive ou seulement réveillée par la pression. Les symptômes gastro-intestinaux consistaient surtout en nausées, vomissements, diarrhée, constipation, hémorrhagies de l'estomac ou de l'intestin. L'ascite ou l'anasarque se produisaient surtout sous l'influence de graves lésions du foie. Le gonflement de la rate tenait bien plutôt à des lésions de l'organe qu'à une stase du système porte. Douze fois, il y eut de l'ictère.

La cachexie n'était pas rare, ainsi que l'albuminurie, par lésion amyloïde ou autre des reins. Le diagnostic ne peut être affirmé qu'en présence d'autres signes de la syphilis constitutionnelle. La marche est lente en général. Le pronostic, en tenant compte de l'action du traitement spécial, paraît relativement favorable, surtout si le malade est observé pendant la période de l'hypertrophie du foie.

Ueber Syphilis des Ruekenmarks und seiner Haute, par le Dr *Jürgens* (*Deutsche med. Zeit.*, 7 avril 1887). — Le Dr Jürgens a publié 5 cas de syphilis de la moelle, dont trois étaient dûs à des processus gommeux, les autres tenaient à une hyperplasie syphilitique simple. Les lésions sont très variables, mais la syphilis médullaire possède le caractère d'une maladie diffuse, à foyers simples ou multiples. Le plus souvent, la localisation se fait à la surface des méninges, ce n'est que plus tard que les parties plus profondes, le tissu interstitiel de la moelle sont atteints. A l'inverse du tabes dorsal, l'affection syphilitique se propage du haut en bas, l'encéphale étant pris avant la moelle; les lésions dégénératives paraissent toujours secondaires. L'auteur propose la division suivante :

1° Maladies syphilitiques des méninges médullaires;

a) Pachyméningite et arachnoïdite fibreuse chronique syphilitique ;

b) Pachyméningite et arachnoïdite fibreuse et gommeuse.

Ces deux formes peuvent se compliquer par l'extension des lésions des membranes à la moelle, par la production d'adhérences, par des lésions vasculaires (myélomalacie);

2° Maladies syphilitiques de la moelle et des racines rachidiennes (toujours secondaires) :

a) Myélite interstitielle, chronique, fibreuse, diffuse, syphilitique;

b) Myélite interstitielle fibreuse et gommeuse;

c) Névrite et périnévrite spinale fibreuse et gommeuse.

Du pigment syphilitique, par le Dr *Max Bockhart*. — Une jeune fille de 20 ans, infectée en janvier et ayant eu quelque temps après

la roséole, entra à la clinique de Würtzbourg pour divers accidents secondaires, parmi lesquels une éruption généralisée de taches circonscrites ne différant de celles de la roséole que par leur couleur d'un brun noir foncé. Le traitement favorable pour les autres manifestations n'eut qu'une influence médiocre sur cette éruption, qui ne commença à s'éclaircir qu'au bout de cinq mois. L'examen microscopique de la peau montra une forte pigmentation de la couche des cellules cylindriques de l'épiderme; la plupart des petits vaisseaux de la couche sous-papillaire étaient obstrués par un caillot fibrineux et entourés de pigment. Les parois de ces vaisseaux était altérées, il y avait prolifération endothéliale. Les papilles renfermaient des cellules migratrices pigmentées. L'auteur explique la coloration brune des taches par la transformation du pigment sanguin provenant des thromboses des petits vaisseaux en un pigment foncé que les cellules migratrices ont transporté d'abord dans les corps papillaires puis dans l'épiderme à travers les cellules de la couche muqueuse.

Note sur l'albuminurie syphilitique, par M. *Horteloup*. — D'après les observations recueillies par l'auteur, la syphilis peut donner lieu à l'albuminurie dans les premiers mois de l'infection; le traitement spécifique fait facilement disparaître ce symptôme. L'albuminurie qui survient dans la deuxième ou la troisième année est beaucoup plus sérieuse, car elle a pour point de départ une néphrite chronique. En raison de l'affaiblissement organique causé par la syphilis, les malades sont très accessibles aux refroidissements et par conséquent aux néphrites *a frigore*.

Syphilis héréditaire tardive, par le D[r] *Cortella* (de Gênes). (*Deutsche med. Zeit.* n° 28. 1887). — L'auteur rapporte un cas de syphilis héréditaire tardive, intéressant par sa marche et ses symptômes. Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, très chétive pour son âge, dont la mère avait eu la syphilis. Depuis plusieurs années, la malade avait vu se gonfler successivement le genou gauche, le coude droit, l'épaule droite et le genou droit. De larges ulcérations siégeaient sur les deux épaules, couvertes de cicatrices au voisinage; des gommes sous-cutanées et ulcérées occupaient divers points de la peau. Toutes ces extrémités osseuses épiphysaires étaient considérablement augmentées de volume, les deux coudes ankylosés, les biceps contracturés, le foie et la rate augmentés de volume. L'urine ne renfermait pas d'albumine et la température s'élevait à 38,5 le soir. Cette fièvre cessa définitivement après un érysipèle de la face contracté pendant son séjour à l'hôpital. La malade absorba 495 grammes d'iodure de potassium en 4 mois et reçut, sans compter les frictions d'onguent gris, 0,67 de sublimé en injections. L'état général s'améliora rapidement: de 36 kilog., le poids du corps s'éleva jusqu'à 53 kilos. Les

ulcérations se cicatrisèrent et les articulations se dégonflèrent; le foie et la rate reprirent leur volume normal. L'auteur attribue une partie du succès obtenu à l'action de l'érysipèle.

Dans un travail intitulé *syphilis et cancer*, le professeur Edouard Lang, de Innbruck, publie trois observations montrant la coïncidence de productions cancéreuses sur la lèvre inférieure et sur le plancher de la bouche avec des lésions syphilitiques qui disparurent sous l'influence du traitement. Le diagnostic de ces complications cancéreuses est difficile et dans un cas l'insuccès du traitement fit découvrir la nature de la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *juin* 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

ABCÈS DE LA FOSSE ISCHIO-RECTALE. — M. *Horteloup* lit un rapport sur une communication faite par M. Bazy, relativement aux abcès de la fosse ischio-rectale.

Il y a deux points différents dans ce rapport. Dans la première partie de son travail, M. Horteloup rapporte deux observations de M. Bazy dans lesquelles de volumineux abcès de la fosse ischio-rectale ont été guéris par l'incision avec drainage et lavage de la cavité avec de l'eau phéniquée forte. Dans les deux cas il y avait une énorme collection purulente faisant saillie dans le rectum. Dans les deux cas,le doigt,introduit dans cet organe, permettait de sentir une fluctuation très nette qui se communiquait à la tumeur. L'incision avait donné issue à une quantité de pus abondante, présentant les caractères classiques du pus qui se développe dans le tube digestif.

La guérison a été obtenue rapidement. Elle se maintient chez un des malades de M. Bazy depuis plus de 7 mois et chez l'autre depuis 3 mois.

M. Bazy conclut de ces faits que la guérison définitive des abcès de la fosse ischio-rectale peut être obtenue par le drainage et les pansements antiseptiques, sans avoir recours à la section du rectum et du sphincter anal; opération qui pour lui n'est pas sans présenter des inconvénients, ne fut-ce que celui, assez fréquent du reste, qui résulte de l'importance de ce sphincter et condamne les malades qui ont subi cette opération à l'incontinence des matières fécales.

Dans la seconde partie de son travail, M. Horteloup discute l'historique du traitement des abcès des fosses ischio-rectales, et, par une série d'observations empruntées aux auteurs anciens, il montre

d'une manière indiscutable que, contrairement à ce qu'avait avancé M. Reclus, ce n'est pas Faget qui a le premier proposé de faire la section longitudinale de l'intestin dans les abcès des fosses ischio-rectales, mais que bien longtemps avant lui, c'était la pratique des nombreux chirurgiens comme Saviard, etc.

M. *Berger* est d'avis que quand les abcès de la fosse ischio-rectale proéminent vers le canal anal, il faut fendre l'intestin et opérer du même coup l'abcès et la fistule.

Il cite ensuite un cas de phlegmon gangréneux de la fosse ischio-rectale, développé chez un diabétique, qui fut largement ouvert et qui guérit très bien sans section de l'intestin.

M. *Reclus*. Je veux bien retirer à Faget la priorité de l'incision de l'intestin pour la reporter sur Saviard, il se peut aussi que Nélaton ait employé ce procédé, mais en tout cas il n'en fait pas mention dans son traité classique. Mais où je cesse d'être d'accord avec M. Horteloup, c'est quand il s'agit du traitement des abcès des fosses ischio-rectales. Et tout d'abord, je ne vois rien dans les observations de M. Bazy qui prouve qu'il s'agissait de phlegmons de la fosse ischio-rectale. Le volume de la tumeur, la quantité et la qualité du pus ne prouvent rien.

J'ai vu des abcès de la région anale aussi volumineux que ceux dont il est question, et qui n'étaient pas des abcès de la fosse ischio-rectale, mais bien des abcès sous-tégumentaires, ayant leur siège sous la peau et sous la muqueuse.

Le toucher rectal donnait une sensation très nette de fluctuation, mais le sphincter était en dedans. C'est la situation du sphincter en dedans ou en dehors de la collection purulente qui permet de distinguer ces deux sortes d'abcès. Jusqu'à plus ample informé, je ne considère pas les observations de M. Bazy comme des cas d'abcès de la fosse ischio-rectale. Dans tous les cas d'abcès de la fosse ischio-rectale faut-il faire l'incision de l'intestin ? Je n'en sais rien. Dans un cas d'abcès froid qui avait envahi la fosse ischio-rectale, j'ai obtenu la guérison par une simple injection d'éther iodoformé.

M. *Terrier*. Les abcès des fosses ischio-rectales peuvent guérir sans faire la section de l'intestin. J'ai eu l'occasion de vérifier ce fait plusieurs fois. Mais pour cela il faut faire une large incision et gratter avec la curette toute l'étendue du foyer, puis faire un pansement antiseptique. J'ai vu aussi guérir chez un ecclésiastique un énorme phlegmon de la fosse ischio-rectale en l'espace de deux mois. Quant à la réunion immédiate, elle est presque impossible à obtenir. Mais ce que je ne ferai jamais, c'est une petite incision.

M. *Trélat*. La question du traitement des abcès de la fosse ischio-rectale revient périodiquement devant la Société de chirurgie, et

elle y reviendra encore. Sans doute les abcès de la fosse ischio-rectale peuvent guérir sans incision de l'intestin en employant le procédé que vient de décrire M. Terrier, mais pour moi, je reste partisan de la section latérale de l'intestin ; si on ne fait pas la section de l'intestin, les parties molles superficielles se cicatrisent rapidement, tandis que la réunion n'est pas encore faite vers les parties profondes, et il reste une fistule presque impossible à guérir. La guérison est très rapide au contraire après la section et s'obtient en 15 à 20 jours.

M. *Guinard* présente une malade atteinte d'hyperostose du maxillaire supérieur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 *juin* 1887. — *Présidence de* M. Féréol.

Tuberculose verruqueuse de la peau. — M. *Brissaud* présente un malade atteint de tuberculose verruqueuse de la peau et rappelle en même temps l'histoire de deux autres sujets atteints de la même affection. Chez ces deux derniers l'affection débuta en 1882 par une excoriation traumatique au niveau du genou ; ultérieurement ils ont présenté les signes les plus évidents de la tuberculose pulmonaire. Chez le malade présenté à la Société, le début remonte à juin 1886 ; à la suite d'une brûlure de l'avant-bras, il se forma une excoriation puis une croûte, que le malade arracha maintes fois ; aujourd'hui elle a encore une épaisseur d'un demi-centimètre ; lorsqu'on la fait tomber on voit nettement les végétations papilliformes et l'aspect *langue de chat* caractéristiques de l'affection ; les bacilles sont peu nombreux mais existent indubitablement.

M. *Gaucher* a observé, dans le service dont il est actuellement chargé à l'hôpital Cochin, un malade tuberculeux qui a depuis deux ans une lésion analogue, ayant également précédé la tuberculose pulmonaire. Bien qu'on n'ait pas trouvé de bacilles, la nature tuberculeuse ne semble pas douteuse. M. Gaucher ajoute qu'il s'agit d'un garçon blanchisseur qui, exposé à manier du linge sale, s'est très vraisemblablement inoculé ainsi la tuberculose.

M. *Millard* croit qu'avant d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion présentée par le malade de M. Brissaud il serait bon d'essayer le traitement antisyphilitique.

M. *Vidal* est du même avis que M. Millard, étant donné que les syphilides croûteuses cornées ressemblent beaucoup à cette lésion. D'autre part, les végétations papilliformes, qu'on a comparées à une

langue de chat et qu'on a appelées papillomes, et qu'on doit appeler avec Virchow pachydermie papillaire, ne sont pas caractéristiques de la tuberculose verruqueuse cutanée ; on rencontre cet aspect sur toutes les surfaces chroniquement irritées. Ce qui est caractéristique de la tuberculose, c'est qu'entre ces papilles il y a des fissures, véritables abcès d'où, par la pression, on fait sourdre du pus, ce qui donne alors à la surface l'aspect d'une pomme d'arrosoir. Le malade de M. Brissaud étant tuberculeux pulmonaire, la présence des bacilles ne prouve pas que la lésion soit tuberculeuse, puisque les bacilles existent dans le sang du malade ; enfin, cette syphilide développée chez un tuberculeux avancé n'emprunte-t-elle pas au terrain des caractères et des nuances qui rendent le diagnostic plus difficile ?

THÉRAPEUTIQUE DE LA SYPHILIS. — M. *Vidal*, dans un très intéressant mémoire, rempli de données très pratiques, passe en revue quelques détails des indications et contre-indications, et du mode d'administration du mercure et des iodures. M. Vidal donne la préférence aux frictions, faites sur les parties glabres ; puis viennent les pilules de sublimé ; il réserve les injections de peptonate pour les manifestations linguales et oculaires ; il reconnaît ne pas avoir l'expérience du traitement de Scarenzio, dont d'ailleurs il ne saisit pas bien complètement le mode d'action. Chez l'adulte, M. Vidal fait employer 4 grammes d'onguent napolitain par friction, chez le nouveau-né 1 gramme. La stomatite est évitée par l'emploi de la poudre de quinquina et de ratanhia.

Contre les premières manifestations de la période secondaire, M. Vidal emploie encore le mercure, mais dans les formes que Ricord a baptisées scrofulates de vérole, il préfère l'iode. Contre les accidents de la deuxième année et les syphilides de transition, il emploie le sirop de quinquina biioduré à la dose de deux cuillerées par jour. Aux manifestations tertiaires s'adresse le traitement ioduré, 2 à 4 grammes d'iodure par jour dans du lait ou de la tisane, pendant ou après le repas. Quand l'iodure n'est pas toléré par l'estomac, on le donne en lavement, ou bien on a recours au sirop iodotannique, préparation qui peut servir de médicament de transition. En terminant, M. Vidal attire l'attention sur quelques contre-indications spéciales du traitement ioduré : affections aiguës ou chroniques des yeux, ulcérations syphilitiques du larynx provoquant de la dyspnée.

ALTÉRATION DU MYOCARDE CONSÉCUTIVE AU RETRÉCISSEMENT DES ARTÈRES CORONAIRES. — M. *Huchard* relate trois observations dans lesquelles l'examen histologique a montré l'atrophie et la disparition des fibres musculaires cardiaques et en même temps le développement considérable du tissu conjonctif.

Faculté de médecine de Paris. — *Le concours pour la place de chef de clinique chirurgicale* vient de se terminer par la nomination de MM. Beurnier, chef de clinique, et Michaux, chef de clinique adjoint.

L'épidémie de suette miliaire. — En raison de l'épidémie de fièvre miliaire qui sévit dans divers départements, le ministre de la guerre vient de prescrire à tous les commandants de corps d'armée de ne délivrer aucune permission aux hommes de troupes pour les localités situées dans les départements de la Vienne, de l'Indre et de la Charente, qui lui ont été signalées par le ministre du commerce, comme particulièrement contaminées.

Statistique médicale. — Un relevé des médecins, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens et herboristes, vient d'être publié par le ministère du Commerce et de l'Industrie.

Ce recensement donne un total de 36,512 personnes diplômées en France.

Dans Paris seulement, on compte 2,188 médecins (le sixième du total général), 1,523 sages-femmes, 762 pharmaciens et 548 herboristes.

Le nombre des médecins n'est pas aussi surabondant qu'on pourrait le supposer, puisque les individus des deux sexes inculpés d'exercice illégal de la médecine forment encore un contingent annuel de 350 en moyenne.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre vient de décider que l'appel des médecins de réserve aura lieu en 1887 dans les conditions suivantes (le 10e corps excepté) :

220 médecins aides-majors de 2e classe seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne. Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils appartiennent.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure dûment constatés ou dans l'intérêt des populations.

Caravane hydrologique. — A l'une des dernières séances de la Société française d'hygiène, le Dr Grellety (de Vichy) a soumis un projet de *caravane hydrologique* à organiser sous le patronage de la Société.

La Commission nommée pour étudier la question a reconnu à l'unanimité les avantages qui pourraient résulter d'une excursion de ce genre, et elle a recherché les localités qui seraient les plus intéressantes à visiter.

L'itinéraire suivant a été adopté : Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Saint-Yorre, Bourbon-Cusset, Cusset, Néris, Châtel-Guyon, Clermont-Ferrand (ascension du Puy-de-Dôme), Royat, le Mont-Dore, et retour à Paris. La durée du voyage sera de dix jours (1er-10 septembre). Les femmes et parents des excursionnistes seront admis à prendre part à l'excursion.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 79 Jeudi 7 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 6 juillet 1887.

M. Pasteur a déposé sur le bureau de l'Académie de médecine, comme il l'avait fait la veille à l'Académie des sciences, un rapport très élogieux fait par une Commission anglaise chargée d'examiner la valeur de ses inoculations anti-rabiques.

M. Peter fait remarquer que, d'après les termes de ce rapport, la méthode intensive est déclarée dangereuse ; c'est donc la confirmation de ses propres paroles. D'ailleurs cette méthode intensive est aujourd'hui abandonnée. Il y a loin de l'état actuel aux chants de triomphe qui ont salué l'aurore des inoculations préventives. Puis, ajoute M. Peter, ce qui peut montrer la valeur d'une méthode thérapeutique, c'est l'abaissement du chiffre de la mortalité : or, ce chiffre est resté exactement le même ; le chiffre moyen, pour ce premier semestre, a été précisément atteint avant-hier par la mort d'un homme qui, mordu le 29 mai dernier, est allé immédiatement, le jour même, chez M. Pasteur. On ne saurait imaginer de meilleures conditions de sécurité, or cet homme, trente-deux jours après sa morsure, vient d'être pris des symptômes de la rage, et il est mort dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Pasteur n'a pas voulu répondre aux faits de M. Peter. Il a seulement opposé à l'opinion de son collègue l'opinion de la commission anglaise, et critiqué M. Frisch, MM. de Renzi et Amoroso, et M. Abreu qui à Vienne, à Naples et à Lisbonne, ont combattu sa méthode d'inoculations préventives. Trop plein de la grandeur de sa découverte pour chercher longuement la modestie dans les expressions et la courtoisie dans les termes, il ne prononce pas une seule fois le nom de M. Peter et déclare « qu'il considère comme absolument nulles et non avenues les paroles qui viennent d'être prononcées dans cette enceinte. » M. Peter, simple professeur de clinique à la Faculté de Paris, n'a pas fait d'expériences sur les animaux ; M. Pasteur le déclare donc par deux fois « absolument incompé-

tent ». Un chimiste et un professeur de clinique discutant la valeur d'une méthode thérapeutique appliquée à l'une des plus graves maladies de l'homme, c'est le clinicien qui est déclaré « absolument incompétent ». La chose est assez jolie.

M. Peter voulait répondre deux mots, M. le président Sappey l'en a empêché en disant que l'ordre du jour était très chargé. M. Peter aurait répondu cette fois d'une façon très brève ; il est probable qu'au commencement de la prochaine séance il fera un véritable discours, il est probable aussi qu'il n'arguera pas de la parfaite incompétence de son adversaire, et qu'il emploiera d'autres armes que ces coups de massue qui risquent d'écraser nos meilleurs amis. Parmi les membres de l'Académie qui, ces temps derniers, applaudissaient si fort les moindres paroles de M. Pasteur, il ne s'en trouve pas un seul, croyons-nous, qui présente les conditions de « compétence » exigées par l'illustre savant. C'est peut-être pour cela qu'en terminant sa communication, M. Pasteur, contre l'habitude, n'a recueilli hier aucun applaudissement.

M. Ollivier a été nommé membre de l'Académie dans la section d'hygiène, médecine légale et pratique médicale, et M. Colin (d'Alfort) a lu un discours sur le surmenage intellectuel. La séance était levée à 4 heures et demie pour la lecture d'un rapport de candidature.

A. Ch.

Recherches faites à Amiens sur les restes d'un supplicié.

Par MM. Paul Régnard et Paul Loye (1).

Des dispositions spéciales, dont nous sommes redevables à M. le professeur Brouardel et à M. le procureur général près la Cour d'Amiens, nous ont permis, lors de l'exécution capitale qui a eu lieu le 15 juin dernier, d'examiner l'état de la tête du condamné deux secondes après la décapitation.

Le patient, homme de 38 ans, a montré, jusqu'au moment de la chute du couteau, la plus complète assurance et le plus grand calme. Sa tête, au moment de la décollation, a gardé la coloration rosée de la face, contrairement à ce qui arrive habituellement chez les suppliciés, lesquels commencent à pâlir dès qu'ils sont fixés sur la bascule. Ce fait est important à connaître pour déterminer l'état de l'individu au moment où le glaive l'a frappé.

Deux secondes après la décapitation, la face a conservé cette colo-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

ration rosée. Les traits sont absolument immobiles; les yeux se montrent grandement ouverts avec les pupilles moyennement dilatées; la bouche est énergiquement fermée. La tête ne présente pas le moindre mouvement spontané, la moindre contraction fibrillaire.

L'approche d'un doigt au devant de l'œil reste sans résultat. Mais l'attouchement des globes oculaires ou de l'extrémité des cils provoque chaque fois, pendant cinq secondes, un clignement des paupières aussi marqué que chez un homme vivant. Il ne s'agit là du reste que d'un simple acte réflexe. A la sixième seconde, ce réflexe ne peut plus être décelé.

Les mâchoires sont rapprochées l'une de l'autre : malgré de puissants efforts, il nous est impossible de les écarter. Le pincement de la peau est sans effet.

Le tronc, lui non plus, n'est le siège d'aucun mouvement spontané ; il ne présente nulle part une trace de cette contracture que nous constatons dans les muscles des mâchoires.

Une minute après la décollation, la face commence déjà à pâlir : la bouche est toujours énergiquement close. L'approche d'une lumière au devant de l'œil ne détermine aucun rétrécissement de la pupille : le réflexe irien n'apparaît pas.

Le tronc demeure toujours inerte et flasque : les carotides continuent à rejeter le sang resté dans l'arbre circulatoire. Le réflexe rotulien ne peut être provoqué.

Au bout de quatre minutes, la face est tout à fait exsangue; les paupières sont à moitié tombantes, la bouche est encore fortement fermée, mais il est cependant possible d'introduire l'extrémité d'un doigt entre les mâchoires, Les excitations sensorielles (cris aux oreilles, présentation de divers objets devant les yeux, pincement de de la langue et de la peau) n'amènent aucun changement dans la physionomie.

L'irritation de la moelle épinière, soit du bout encéphalique, soit de la portion rachidienne, au moyen d'une pince, ne produit de mouvement ni dans la tête, ni dans le tronc.

Nous avons ainsi observé les restes du supplicié, sans voir survenir la moindre modification, pendant vingt minutes. A ce moment, nous avons commencé l'autopsie à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, en présence de MM. Lenoël, Mollien et Scribe, directeur et professeurs à l'Ecole de médecine, qui ont bien voulu faciliter nos recherches avec un empressement pour lequel nous leur exprimons toute notre gratitude.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, le *cœur* battait encore. Le péricarde étant ouvert, nous constatons, jusqu'à la vingt-cinquième minute après la décollation, des battements rythmiques très pro-

noncés des ventricules et des oreillettes. Les mouvements des oreillettes seules persistent ensuite pendant quarante minutes. Le cœur a donc battu environ une heure après la décapitation.

Le cœur était volumineux, à parois assez minces : il pesait 340 gr. Les oreillettes contenaient un peu de sang spumeux mélangé de nombreuses bulles d'air. Les ventricules étaient à peu près vides c'est à peine si quelques légers filets de sang poisseux étaient étendus entre les tendons des valvules. Au moment où l'ouverture du cœur a été faite (une heure après l'exécution), le ventricule gauche était très dur et contracturé : le ventricule droit était resté mou. Le sang contenu dans la veine cave inférieure n'était pas très noir.

Le *poumon* gauche présentait de l'emphysème sur ses bords : cette lésion a, du reste, été constatée dans presque toutes les autopsies de guillotinés. Il contenait peu de sang et ne présentait aucune tache ecchymotique. Le poumon droit était masqué par des membranes de pleurésie ancienne.

Les *intestins* étaient sans mouvement.

La *vessie* ne contenait pas d'urine.

L'ouverture du *crâne* nous montre les vaisseaux de la dure-mère assez bien remplis de sang. Au-dessous d'elle, nous constatons la présence d'une assez grande quantité d'air dans l'espace sous-arachnoïdien. Les vaisseaux de la pie-mère, surtout au niveau de la convexité, sont remplis d'un sang mêlé de nombreuses bulles d'air. Ce sang est d'un beau rouge. Les artères de l'hexagone de Willis ne contiennent pas de sang. Il n'y a pas d'adhérences de la pie-mère. La substance corticale a sa couleur rosée habituelle : nulle part dans le cerveau n'existe un épanchement ou une hémorrhagie. Le cerveau pèse 1270 gr.

La section du cou avait été faite à la partie inférieure de la quatrième vertèbre cervicale.

Rigidité cadavérique. — La rigidité n'a apparu dans le corps que trois heures après la décapitation, alors que la température rectale était de 33°. Elle s'est montrée dans les membres postérieurs : six heures après la mort, quand nous avons quitté la salle d'autopsie, les membres antérieurs avaient conservé une flaccidité absolue et n'étaient pas encore rigides.

Au moment de notre départ, la cornée oculaire n'avait pas encore perdu son poli.

Mécanisme de l'entrée de l'air sous l'arachnoïde et dans les vaisseaux cérébraux. — A l'instant de la décollation, l'élasticité artérielle des vaisseaux cérébraux tend à se satisfaire et les artères se vident en partie : de là l'écoulement de sang qu'il est facile de constater par le bout périphérique des carotides et des vertébrales.

La cavité crânienne étant inextensible et incompressible, il faut, de toute nécessité, que quelque chose vienne remplacer le sang qui s'écoule. Voilà pourquoi l'air se trouve appelé dans l'espace sous-arachnoïdien ouvert par la section même du cou : il est appelé avec une force exactement égale à l'élasticité artérielle, c'est-à-dire à 15 cent. de mercure environ.

Il est possible d'ailleurs de se rendre compte de ce fait par une expérience schématique. Dans un ballon de verre plein d'eau, représentant la cavité crânienne, se trouvent placées deux ampoules de caoutchouc terminées par deux tubes de verre aboutissant à l'extérieur à travers le bouchon du ballon. L'une de ces ampoules est gonflée et remplie d'un liquide qui représente le sang : le tube qui la termine est fermé par un robinet. L'autre ampoule représente l'espace sous-arachnoïdien : elle est complètement vide, aplatie, et s'ouvre librement au dehors. Si l'on ouvre brusquement le robinet de la première ampoule, son élasticité la vide, le liquide s'écoule au dehors et l'on voit l'air pénétrer, en quantité exactement égale, dans l'autre ampoule primitivement vide.

Quant à la pénétration de l'air dans les vaisseaux cérébraux, il serait possible de l'expliquer de la manière suivante. Immédiatement après la décollation, les petits vaisseaux se contractent et chassent le sang au dehors par les plaies artérielles ; quand cette contractilité a cessé, les artères revenant sur elles-mêmes peuvent appeler dans leur intérieur une certaine quantité d'air qui, se mélangeant au sang, produit ces index que tous les observateurs ont signalés.

Conclusions. — 1° Aucun signe de vie consciente n'a pu être décelé deux secondes après la décollation.

2° Les mouvements réflexes ont pu être provoqués, par l'irritation de la cornée, jusqu'à la sixième seconde après l'exécution. Ces mouvements n'avaient pas été observés, croyons-nous, avant nos recherches.

Les battements du cœur ont duré pendant vingt-cinq minutes dans les ventricules et pendant une heure dans les oreillettes.

3° A part les mouvements réflexes de l'œil, à part la contracture des mâchoires, à part les jets des carotides, on aurait pu croire que l'on venait de décapiter un cadavre, tant les restes du supplicié sont demeurés inertes aprè la décollation.

4° Cette mort calme et sans agonie est bien différente de celle que l'un de nous a décrite d'après ses expériences sur les animaux. Ce n'est plus ici une mort par asphyxie, c'est plutôt une mort par inhibition, analogue à celle qu'a si bien étudiée M. Brown-Séquard chez les animaux qui succombent à la suite de certaines irritations du système nerveux.

5° L'entrée de l'air sous l'arachnoïde est un phénomène purement physique, en rapport avec l'écoulement d'une certaine quantité de sang en dehors de la boîte crânienne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de remerciements de MM. Gibert et Riembault, récemment élus correspondants de l'Académie; 2° un rapport manuscrit de M. le Dr Paul Richard sur les vaccinations et revaccinations pratiquées par lui dans le 1er arrondissement; 4° un travail manuscrit de M. Sardou, interne provisoire, intitulé : Compte rendu du service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine en 1887; 5° un mémoire manuscrit de M. le Dr E.-L. Bertherand, d'Alger, sur les calculs du prépuce.

M. *Pasteur* dépose sur le bureau le rapport de la Commission anglaise chargée d'étudier la méthode de prophylaxie de la rage. Il ajoute que, dans sa vie déjà longue, la satisfaction que lui a causée ce rapport a été une de celles qui lui ont été le plus sensibles.

M. *Peter* a signalé à cette tribune les dangers de la méthode intensive d'inoculation de la rage. Ce danger a été constaté également par la Commission anglaise. Actuellement d'ailleurs, la méthode intensive paraît avoir été complètement abandonnée, ce qui est la justification complète des craintes exprimées par M. Peter.

Il y a loin des résultats fournis actuellement aux affirmations si absolues présentées au début de la méthode. Si l'on veut consulter la statistique, il s'est passé précisément hier un fait qui porte exactement au nombre ordinaire le chiffre des malades ayant succombé à la rage pendant le premier semestre de cette année. Un individu mordu par son propre chien, le 29 mai dernier, a été soigné le même jour à l'Institut Pasteur. Trente-deux jours après la morsure, le malade a été pris des symptômes de la rage et il est mort de rage convulsive dans le service de M. Hayem. Ce mordu a été inoculé dans des conditions de prévention absolue, le jour même de sa morsure, chez M. Pasteur, et par les médecins qui assistent habituellement M. Pasteur.

Le critérium d'une méthode thérapeutique quelconque, c'est l'abaissement du chiffre de la mortalité ; or, ce chiffre est resté exactement le même ; d'autre part on ne peut soutenir sérieusement qu'il n'y ait pas eu avant l'arrivée de M. Pasteur de statistique sérieuse des cas de

mort par la rage. Il y a cinq maladies que les familles tiennent à cacher, ce sont : la tuberculose, le cancer, la syphilis, l'épilepsie et la folie, mais on ne cache pas la rage, cela n'est pas héréditaire, et il n'y a là rien de déshonorant.

M. *Pasteur*. Dans cette enceinte, au mois de janvier dernier, il a été affirmé que la méthode de prophylaxie de la rage était absolument inefficace et qu'elle était dangereuse. Or la Commission anglaise a déclaré que cette méthode était efficace ; les paroles qui viennent d'être prononcées ici sont donc pour moi nulles et non avenues.

On a dit que cette méthode était dangereuse, on n'en a donné aucune preuve, car on n'a pas inoculé aux animaux le bulbe des individus que l'on a cru voir mourir de rage inoculée.

Quant à la personne qui vient de prendre ici la parole, je la déclare absolument incompétente. Aucune expérience n'a jamais été faite par la personne dont je parle.

Un grand nombre de médecins venus de tous les points du monde ont fréquenté mon laboratoire. Il y a actuellement dans le monde, quinze instituts pour l'application des méthodes d'inoculation préventive. Un certain nombre des expérimentateurs dont je parle, MM. Amoroso et de Rienzi à Naples, M. Frisch à Vienne, M. Abreu à Lisbonne sont arrivés à des conclusions différentes des miennes. Toutes les expériences de M. Frisch sont entachés d'inexactitude très probablement : M. Frisch a dû laisser s'altérer le virus rabique que je lui avais remis. Les expériences de MM. Rienzi et Amoroso sont réfutées dans les Annales de l'Institut Pasteur. Les expériences de M. Abreu sont peut-être plus défectueuses encore que celles de MM. Frisch, de Rienzi et Amoroso. Ces opérateurs ont provoqué des abcès du cerveau, qui peuvent entraîner divers phénomènes et la mort ; dansmon laboratoire, au contraire, les injections n'ont jamais eu aucun inconvénient pour les animaux.

Je répète que je ne veux pas entrer en discussion sur la rage avec le membre de l'Académie qui vient de prendre la parole, parce que je le déclare absolument incompétent.

M. *Peter* demande la parole.

M. *le Président* répond que l'ordre du jour est très chargé, et il offre à M. Peter de lui donner la parole au début de la prochaine séance.

M. *Peter* accepte.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. La section présentait les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Ollivier ; en deuxième ligne *ex æquo*,

MM. Magnan et Motet : en troisième ligne *ex æquo*, MM. Napias, Laugier et Riant.

Sur 71 votants, majorité 36, M. Ollivier est élu au premier tour par 58 voix contre 8 données à M. Magnan, 4 à M. Motet et une à M. Laugier.

Du surmenage intellectuel. — M. *Colin* (d'Alfort). Certains arguments n'ont pas tous été mis en lumière dans cette discussion; il en est, en particulier, dont on n'a pas parlé et qui sont tirés de la physiologie cérébrale. M. Colin trouve que le surmenage forcé est nuisible, le surmenage volontaire ne l'est nullement ; le surmenage forcé peut même être très utile chez les enfants, mais ce qu'il faut combattre c'est le surmenage de contrainte imposé par des programmes exagérés. Il recommande beaucoup le travail manuel dans les écoles primaires.

M. Colin voudrait voir réformer les programmes et conclut ainsi :

1° Il n'est pas nécessaire d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur le surmenage intellectuel. C'est chose faite.

2° Il n'y a pas lieu de réclamer à ce sujet l'intervention législative. Le ministre de l'instruction publique, grand maître de l'Université, est ou doit être investi de pouvoirs suffisants pour régler par arrêtés ou pour faire régler par décrets la durée des classes, l'étendue des cours et pour mettre, avec l'avis du Conseil supérieur, celui des académies et des commissions spéciales, les programmes en rapport avec les exigences de chaque espèce d'enseignement.

3° En tout état de cause il y a lieu d'exprimer le vœu que l'enseignement soit réglé de façon à obtenir de la jeunesse de fortes et sérieuses études, pour maintenir à un rang élevé, digne de la France, les lettres, les sciences, les arts et toutes les professions qui relèvent de la science.

A 4 heures 1/2 l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Mathias Duval, sur les candidats au titre de correspondant national.

VARIÉTÉS.

Une consultation de l'ancienne Faculté de médecine.

Il était d'usage autrefois de consulter la Faculté de médecine sur les questions d'intérêt général. L'Académie n'existait pas encore.

En 1550, la Faculté s'occupait de savoir si l'on pouvait traiter et guérir de la vérole les femmes en état de grossesse. En 1572, la

peste s'étant déclarée à Rouen, on demanda à la Faculté des conseils et des médecins ; en 1578, le Parlement lui demanda si les écrouelles étaient contagieuses.

En 1675, elle inaugura des réunions mensuelles appelées *Prima mensis*, dans lesquelles elle délibérait sur les maladies épidémiques et sporadiques. Elle fut également consultée en 1763 et 1764 sur l'utilité de l'inoculation contre la variole.

L'épidémie de suette qui sévit d'une façon si terrible dans la Vienne nous fournit l'occasion de tirer de l'oubli une consultation de la Faculté de médecine sur le traitement de la suette en 1738 et conservée dans les *Commentaires* de la Faculté :

« La Faculté de médecine de Paris, consultée sur la maladie épidémique de Neuville, en Normandie, est d'avis que cette maladie n'est autre chose que la suette, maladie maligne qui a si longtemps affligé la Picardie, et qui s'est fait sentir aussi depuis quelques années à Meaux, et cette année aux environs de Paris, comme Lusarche et autres lieux. Comme il est plus nécessaire de dire ce qu'il faut faire que de raisonner sur la cause de cette maladie, la Faculté est d'avis que l'on saigne promptement les malades du bras et du pied, selon la grandeur des symptômes et les forces des malades, et cela dès le commencement du mal ; que l'on place les vomitifs de bonne heure aussi, c'est-à-dire après la première ou la deuxième saignée du bras, quand l'indication demandera que l'on fasse vomir les malades.

« La Faculté est encore d'avis que (ne suffisant pas de vider les vaisseaux sanguins par les saignées, et les premières voies par les vomitifs), pour remédier à la qualité du sang que l'expérience et les hémorrhagies, fréquentes dans cette espèce de maladie, démontrent être trop dissous, il faut s'abstenir de tous cordiaux chauds, comme thériaque et autres qui, en gonflant et raréfiant trop le sang, ne pourraient que fomenter et augmenter la cause de la maladie, au lieu de la diminuer et d'y remédier.

« Ainsi, au lieu de cordiaux ordinaires, on se servira des jus de citron, de groseilles et même de quelques gouttes d'esprit de vitriol ajouté dans les tisanes et boissons jusqu'à une agréable acidité, en un mot, de tous les aigrelets que nous avons toujours vus bien réussir en pareil cas. Les malades useront, par exemple, de limonade pour boisson ordinaire ou de sirop de limons en forme de julep. On pourra placer aussi, selon les cas, quelques absorbants légers, comme corail en poudre et autres.

« La tisane ordinaire doit être faite avec la racine d'oseille, et comme il est marqué dans le mémoire qu'on nous a envoyé, qu'à cette maladie se joignent des vers chez certains sujets, on y joindra le pourpier. Quoiqu'on ne parle ci-dessus que des saignées du bras

et du pied, on n'entend point exclure celle de la gorge, que l'on pourra placer avec succès après les autres, selon les circonstances, et dont on mesurera la quantité par les forces du malade.

« On doit encore avertir qu'il ne faut point que les sueurs empêchent de faire les saignées. Ces sueurs ne sont que symptomatiques et non critiques. On doit donc songer à les guérir par le régime proposé, plutôt qu'à les entretenir à force de cordiaux chauds. Dans les femmes qui sont dans le cas d'être réglées, on ne pourra faire que des saignées du pied. Il n'en faut pas épargner la quantité sans s'arrêter encore une fois aux sueurs, qui doivent plutôt déterminer à faire les saignées que les empêcher. C'est la malheureuse appréhension de ce remède salutaire, qui précipite la fin de la plupart des malades attaqués de la suette épidémique. Et nous pouvons assurer avec vérité, que tous les malades qui ont été soignés promptement et largement dès les premiers commencements de cette formidable maladie s'en sont bien tirés.

« Délibéré à Paris le 1er juillet 1738, aux Écoles de médecine, par la Faculté de médecine de Paris.

« *Signé* : BOURDELIN, doyen de la Faculté. »

Cette consultation, ajoutent les Commentaires, a tellement réussi que tous les malades sont entrés en convalescence (*Omnes omnino ægri convalescerint*) et que la maladie disparut complètement.

A. CORLIEU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 11 au 16 juillet 1887.

Lundi 11. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Bourgoin, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Hanriot, Blanchard. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Lutz, Hanriot, Blanchard. — 1er examen, doctorat, (2e série) : MM. Gautier, Bourgoin, Guebhard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1e série) : MM. Mathias-Duval, Terrier, Reynier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Remy, Blum, Ch. Richet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Trélat, Reclus, Budin. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Guyon, Marchand, Terrillon. — 4e examen, doctorat : MM. Potain, Hayem, Landouzy. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Charcot, Blachez, A. Robin.

Mardi 12. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz,

Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Gariel, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Blanchard, Guebhard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Lutz, Hanriot, Pouchet. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie)(1re série) : MM. Laboulbène, Farabeuf, Bouilly. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Quenu. — 4e examen, doctorat : MM. Brouardel, Proust, Joffroy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Duplay, Polaillon, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. G. Sée, Troisier, Hanot. — 5e examen, doctorat (2e partie) Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Grancher, Debove.

Mercredi 13. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Bourgoin, Blanchard, Guebhard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Baillon, Pouchet, Villejean. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz, Guebhard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Villejean. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Regnauld, Pouchet, Blanchard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Remy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Guyon, Reclus, Budin. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Blum, Marchand, Terrillon.

Vendredi 15. — 1er examen, doctorat (1e série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Blanchard, Pouchet. — 1re examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Lutz, Bourgoin, Guebhard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Terrier, Ch. Richet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Reclus, Budin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Fournier, Marchand, Terrillon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Charcot, Blachez, A. Robin.

Samedi 16. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Lutz, Hanriot, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Pouchet, Blanchard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Grancher, Mathias-Duval, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Cornil, Peyrot. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Polaillon, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Ball, Troisier, Hallopeau.

Thèses pour le doctorat. — *Mardi* 12, à 1 heure. — Mme Verroudart : Des limites de la conservation après les traumatismes de la

main. *Président :* M. Le Fort. — M. Festal : Veines de l'orbite. *Président :* M. Panas. — M. Faucillon : De l'intervention chirurgicale dans l'ostéite tuberculeuse des vertèbres. *Président :* M. Lannelongue. — M. Despagnet : De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. *Président :* M. Lannelongue. — M. Muller : De la toux utérine. *Président :* M. Peter. — M. Droubaix : Contribution à l'étude des hémorrhagies des capsules surrénales. *Président :* M. Cornil. — M. Toutut : Des gommes de la peau dans la syphilis héréditaire. *Président :* M. Cornil. — M. Imbert : Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. *Président* : M. Tarnier.

Mercredi 13, à 1 heure. — M. Mathieu dit Sicand : De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë. *Président :* M. Charcot. — M. Bourelly : De l'asphyxie locale des extrémités envisagée comme symptômes. *Président* : M. Fournier. — M. Cisierne : Des dermatoses simulées. *Président :* M. Fournier.

Samedi 16, à 1 heure. — M. Malangre : Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont. *Président :* M. Laboulbène. — M. Richard : Maladie de Paget. *Président :* M. Proust. — M. Bataille : Traumatisme et névropathie. *Président :* M. Peter. — M. Turbure : De l'uréthrite goutteuse. *Président :* M. Peter. — M. Mory : De la mort apparente des nouveau-nés. *Président* : M. Tarnier.

NOUVELLES

Académie des sciences. — M. Agassiz a été élu avant-hier, à l'unanimité, correspondant étranger de l'Académie pour la section d'anatomie et de physiologie.

Un savant docteur en médecine. — Mme Church, qui a visité, à différentes reprises, les principales cliniques de l'Europe, notamment celles de notre métropole, vient d'être nommée professeur titulaire de gynécologie à la Faculté de médecine de Boston. Félicitons la jeune université de sa brillante acquisition. (*Journ. de med. de Paris.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire des Eaux minérales de la France et de l'Étranger, pour 1887, publié par la *Gazette des Eaux*, 29e édition, revue et complétée.

En vente dans les librairies Gauthier-Villars, Jacques Lechevalier, Coccoz, etc. — Volume in-18, 1 fr. 20.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 30 Samedi 9 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. DESPRÉS.

Hernie crurale étranglée. — Kélotomie. — Parotidite double. — Peumonie et mort.

(Observation recueillie par M. Mordret, interne du service.)

La nommée X..., concierge, âgée de 69 ans et couchée au n° 7 de la salle Sainte-Rose, entra d'urgence à 8 heures et demie du matin le 4 mars 1887 dans le service de M. Després pour un étranglement herniaire

Le début des accidents remontait à 5 jours.

Cette femme, qui semble peu soucieuse de sa santé et répond assez mal aux questions, ne se savait pas atteinte de hernie. Cependant les renseignements pris auprès d'une voisine nous apprennent que, de temps à autre, la malade se plaignait d'une petite tumeur au niveau de l'aine droite et en souffrait lorsqu'elle s'était fatiguée.

Quant aux antécédents de la malade, nous avons su qu'elle jouissait d'une bonne santé, mais était fortement alcoolique.

Le dimanche 27 février, elle sentit une douleur violente au niveau de l'aine droite après avoir porté dans son tablier des papiers et des chiffons; ne se doutant nullement de la gravité de l'accident, elle crut à un simple effort et ne vit pas de médecin. Dès le jour même, il y eut arrêt des matières fécales et des gaz et apparition des vomissements. Elle resta ainsi chez elle, sans aucun secours jusqu'au mercredi 2 mars. Les vomissements fécaloïdes semblent avoir débuté le mardi, car sa voisine nous apprend que dès ce jour « elle rendait ses excréments par la bouche ». La première tentative de réduction faite le mercredi matin resta infructueuse.

Le jeudi la malade prend un bain d'une heure ; le taxis est de nouveau essayé sans succès, et les vomissements devenant de plus en plus fréquents, elle est amenée à l'hôpital le vendredi matin.

M. Desprès constate l'état suivant :

La tumeur a le volume d'un petit œuf de poule, elle siège au niveau de la région crurale droite. La peau est légèrement rouge, la douleur à l'exploration modérée. Le faciès de la malade exprime plutôt l'anxiété et la fatigue que l'aspect grippé ; il n'y a pas de sueur, le pouls est lent, petit, mais régulier. La température ne fut pas prise avant l'opération qui fut décidée séance tenante.

Au lit de la malade et sans chloroforme, M. Desprès fait une incision transversale, parallèle au pli de l'aine et sur toute l'étendue de la tumeur. Une petite veine, s'étant trouvée sectionnée, fut prise dans une pince hémostatique. Le sac de la hernie est découvert et incisé; l'épiploon adhère aux parois du sac; l'intestin forme au fond de la plaie une tumeur violacée, couleur aubergine, recouverte de fausses membranes légèrement adhérentes. Après les avoir détachées, et s'être assuré que le pédicule n'avait pas d'adhérence, M. Desprès débride transversalement sur le ligament de Gimbernat. Il attire un peu d'intestin au dehors ; il n'y a pas de perforation, mais un sillon très net marque le lieu de constriction et à la partie supero-interne l'intestin plus particulièrement lésé offre une teinte noirâtre. Il fait le lavage à l'eau chaude de l'intestin, la circulation revient en partie; on peut donc espérer que la gangrène ne surviendra pas et M. Desprès préfère rentrer l'anse que de tenter l'anus contre nature.

Quant à l'épiploon, il l'excise après l'avoir lié en deux parties, ne voulant pas comprendre une cavité dans la ligature de peur d'y voir s'accumuler des matières qui pourraient devenir l'origine d'accidents péritonéaux mortels. Pas de sutures, la plaie est recouverte de charpie imbibée d'alcool camphré. Une toile gommée et un linge en triangle maintiennent le pansement. L'état de l'anse intestinale nécessitait de grandes précautions ; un large vésicatoire est appliqué sur le ventre dans un double but, s'opposer à l'inflammation et contribuer, en modérant les contractions de l'intestin, à obtenir la constipation qui doit persister 4 à 5 jours. La malade prendra dans la soirée deux pilules d'opium de 0 gr. 05.

L'urine examinée ne présente ni albumine, ni sucre.

Le soir de l'opération l'état général de la malade était excellent; température 37,2, pouls régulier, aucune colique, la malade a rendu quelques gaz par l'anus.

5 mars. Pas de ballonnement du ventre, pas de douleurs, gaz fréquents toute la nuit, pas de selle. La température est à 36,2. Le pansement est renouvelé; un linge enduit de cérat placé sur la plaie, de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Toujours deux pilules d'opium et diète absolue. Le soir, la température est 36,8.

Les 6 et 7. Rien de nouveau.

Température du 6 reste à 37,2 matin et soir.

Le 7, le matin, 36,8 ; le soir, 37, 2.

Aucun accident, toujours émission fréquente de gaz. La malade est autorisée à prendre du bouillon.

Rien de particulier à la contre-visite.

Le 8. La température s'est élevée à 38°. Très agitée toute la nuit, la malade a eu du délire professionnel et est encore très surexcitée. Elle ne répond pas et délire. Elle présente une double tumeur parotidienne aussi développée d'un côté que de l'autre. En vain nous voulons préciser l'heure exacte de son apparition. Nous savons seulement qu'à huit heures du soir il n'y avait pas de tumeur apparente, et que dès le petit jour l'infirmière l'a remarquée.

Le gonflement s'étend jusqu'à la région sous-hyoïdienne et donne à la physionomie l'aspect si caractéristique des malades atteints d'oreillons. La peau est légèrement rouge, un peu chaude ; des deux côtés, la douleur est extrême au toucher, et on ne peut reconnaître les points maximum de cette douleur, car, au moindre contact, la malade pousse des cris. Sur toute l'étendue de l'inflammation, même sensation de résistance et de dureté ; nulle part on ne sent de fluctuation, et ce n'est pas davantage l'impression que donnent les tissus œdématiés. Il y a un peu de trismus, la langue est saburrale, la salive peu abondante, toute la muqueuse buccale est fortement hyperhémiée.

La plaie de la hernie marche régulièrement.

Le fil à ligature du sac épiploïque tombe avec la portion sphacélée. Le ventre n'est pas ballonné, les émissions de gaz toujours fréquentes, la malade n'a pas encore été à la selle.

Elle prendra encore 0 gr. 05 d'opium et, de plus, un gargarisme ainsi formulé : eau, 300 grammes, liqueur de Labarraque, 8 grammes.

Le soir, l'état général est plus grave ; le délire a nécessité l'emploi de la force pour la maintenir ; elle a voulu sortir de son lit, arracher son pansement ; elle se plaint beaucoup de la gorge. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre très épais ; il est impossible d'examiner le pharynx et les amygdales à cause du trismus ; vainement on essaie d'introduire le doigt dans la bouche, cela augmente encore les douleurs.

Le 9. La température du 8 au soir était 38°5, ce matin 37°5. La fluxion parotidienne est restée stationnaire, seulement, on voit sur la face quelques petites veines congestionnées, et l'inflammation est plus franche. Pas de fluctuation. Toujours douleur à l'examen de la région, la langue est très épaisse, sèche, les mouvements de déglutition sont gênés.

On prescrit des lavages fréquents de la bouche avec la liqueur de Labarraque (20/250). Sur la face, compresses d'eau de sureau.

Légère congestion à la base des poumons. M. Després craint une pneumonie latente des vieillards. Du côté de la hernie, aucune modification n'est survenue.

Le 10. La température du 9 au soir était 38°. Dans la nuit, la malade a été abondamment à la selle, c'est une vraie débâcle. Elle est encore très agitée.

La température est tombée à 36°.

La peau des régions parotidiennes est devenue plus violacée. Pas de fluctuation. La langue toujours fort épaisse ; le trismus a un peu diminué. Rien d'anormal du côté de la hernie.

On prescrit une potion de Todd. A la contrevisite, la congestion pulmonaire s'est accentuée, râles à la base des deux poumons.

Le 11. La température du 10 au soir était à 37°, celle de ce matin 36°2.

Subdélirium. Congestion pulmonaire, mais pas de souffle. La malade n'éprouve pas de difficulté pour respirer ; on recommande d'asseoir la malade, de la mettre sur le côté. Continuation du Todd.

Le 12. Le 11 au soir, la température était 37°6, ce matin 37°. Mais on prend la température vaginale qui s'élève à 38°4.

L'état de la poitrine s'est beaucoup aggravé. Nombreux râles de congestion à la base des poumons. Souffle tuber au poumon droit, légère submatité, augmentation des vibrations thoraciques très marquée. M. Desnos, appelé par M. Després, diagnostique une pneumonie des vieillards. Large vésicatoire et ventouses sèches.

Toujours pas de fluctuation du côté des parotides, et rien de particulier du côté de la plaie.

Le 13. La température vaginale du 12 au soir était 38°8. La température axillaire 37°6. Ce matin, température axillaire 38°2.

Le souffle s'entend dans la presque totalité du poumon droit. A la pression, on fait sourdre du pus par les conduits de Sténon, bien qu'extérieurement on ne sente pas de fluctuation. L'état général ne laisse aucun doute sur le pronostic fatal. A la contrevisite, les extrémités de la malade se refroidissent, les mains sont violacées, la malade est dans le coma. La température descend à 36°6, et la malade meurt à minuit sans présenter aucune agitation.

Autopsie. — L'autopsie est faite trente-six heures après la mort. A l'ouverture du thorax, rien d'anormal. Pas de liquide dans la cavité pleurale; à la partie supérieure, et à droite, quelques légères adhérences produites par des fausses membranes récentes.

Le poumon gauche offre à la base une congestion intense ; le lobe supérieur est hépatisé et les fragments ne surnagent pas.

A droite, les lésions sont plus accentuées : pneumonie lobaire de tout le lobe supérieur, hépatisation rouge. Les fragments du poumon gauche, à la base comme au sommet, plongent au fond de l'eau. En aucun point il n'y a d'hépatisation grise, nulle part non plus d'infarctus.

Pas de liquide dans le péricarde.

Le cœur est légèrement gras. Pas de trace d'athérome à l'orifice aortique ; valvules mitrales et tricuspides absolument saines. Les reins sont sains. La rate présente, sur la face interne et dans la partie supérieure au hile, une cicatrice ancienne dirigée transversalement et mesurant 3 à 4 centimètres. Elle a, à la coupe, la consistance normale, et n'offre pas d'altérations. Le foie est un peu gras, il pèse 1,450 grammes. Le cerveau est normal, les artères de l'hexagone présentent quelques traces d'athérome.

Ce qui ressort de l'examen de ces organes, c'est que, dans aucun d'eux, les diverses coupes n'ont fait découvrir aucun abcès métastatique.

On ne constate, à l'ouverture de la paroi abdominale, ni liquide, ni fausse membrane dans aucun point de la surface péritonéale.

La plaie de la hernie est complètement fermée à la partie profonde ; il n'y a aucune inflammation du voisinage.

Le péritoine est absolument sain.

L'anse herniée, qu'il est facile de retrouver, siège dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, et ne présente aucune adhérence avec les anses voisines, et aucune fausse membrane sur sa surface.

Un sillon très net marque la place de la constriction ; il est certain que l'intestin avait été presque complètement coupé, comme toujours au-dessous du péritoine intact ; ce sillon délimite une surface mesurant environ 8 centimètres ; toute cette surface est violacée, mais ne présente pas trace de sphacèle ; la coupe longitudinale de l'anse herniée montre sur la muqueuse une ligne blanchâtre, trace très nette de la cicatrisation. Par transparence, on voit de place en place de petites taches noirâtres dues à du sang extravasé.

L'épaisseur et la résistance de l'intestin ne sont pas diminuées.

Une incision faite sur la région parotidienne montre que toute la glande est infiltrée de pus, mais il n'y a pas de collection.

La parotide gauche présente des lésions un peu plus accentuées qu'à droite.

(A suivre.)

Sur la karyokinèse des cellules épithéliales et de l'endothélium vasculaire du rein, observée dans l'empoisonnement par la cantharidine (1).

Par MM. Cornil et Toupet.

L'un de nous a publié il y a sept ans, en commun avec M. le Dr Brault, les résultats d'intoxication par la cantharidine chez le lapin, le cobaye et le chien. Nous avons repris ces expériences pour voir si l'inflammation cantharidienne provoquait des multiplications de cellules par la voie de la division indirecte. Nous avons été amenés à rectifier ainsi plusieurs intérprétations émises dans notre premier travail et à constater de nombreuses figures de karyokinèse.

Empoisonnement aigu. — On sait que les lapins et cobayes à qui l'on injecte quinze à vingt gouttes d'une solution au 1/50 dans l'éther acétique meurent au bout de deux heures environ. Si l'on sacrifie ces animaux une heure après l'injection, on trouve déjà des lésions très avancées du rein. Le système vasculaire est gorgé de sang, les glomérules et les tubes contournés sont lésés.

Les altérations du début des glomérules sont très remarquables. Le bouquet glomérulaire, au lieu de remplir toute la cavité glomérulaire, n'en occupe guère que la moitié. Il est refoulé du côté du pédicule vasculaire par une sorte d'exsudat membraneux au milieu duquel on trouve des noyaux ovoïdes ou ronds, généralement plats et faisant corps avec cette membrane granuleuse. Celle-ci est presque en contact avec les vaisseaux glomérulaires qu'elle coiffe. Par sa périphérie tournée du côté de la membrane de Bowmann, elle se continue avec de nombreux prolongements granuleux. Les noyaux compris dans cette membrane ne paraissent pas appartenir à des cellules individualisées ni séparées les unes des autres. Cette membrane nous paraît n'être autre chose que celle qu'on trouve normalement à la surface des anses glomérulaires, sorte de vernis mince semé de noyaux qui se serait détaché en larges plaques sous l'influence de la cantharidine. Ce qui nous le fait dire, c'est que les cellules endothéliales de la capsule de Bowman sont conservées en place ; quelques-unes sont déjà un peu tuméfiées. C'est à peine si l'on trouve une ou deux cellules migratrices rondes et reconnaissables à la forme de leur noyau dans chaque glomérule.

A cette période de l'intoxication, les cellules épithéliales des tubes contournés présentent un protoplasma granuleux, les noyaux sont

(1) Communication à l'Académie des sciences.

gonflés et certaines cellules se fragmentent en donnant naissance à des détritus qui remplissent la cavité des tubes.

A la seconde heure après l'intoxication, les cellules des tubes droits se tuméfient ; celles qui tapissent les tubes collecteurs de l'extrémité des papilles, qui sont cylindriques et disposées en palissade à l'état normal, se gonflent, présentent dans leur intérieur des vacuoles claires, remplissent les tubes et prennent une forme pavimenteuse par pression réciproque.

A ce moment aussi, les cellules endothéliales de la capsule de Bowmann sont tuméfiées et en voie de se détacher.

Dans ces premiers degrés de l'intoxication aiguë, on a donc affaire seulement à des tuméfactions et désintégrations de cellules qui se mortifient et non à une véritable prolifération. La prolifération ne peut être affirmée, en effet, que lorsqu'on trouve des figures de karyokinèse bien nettes, et celles-ci n'ont pas le temps d'apparaître dans les deux heures qui précèdent la mort des animaux.

Empoisonnement lent. — Pour arriver à les voir, nous avons empoisonné des cobayes, lentement, par de petites doses données plusieurs fois.

Le quatrième jour après le début des injections, nous avons noté des figures plus ou moins nombreuses de division indirecte.

Dans les glomérules, le bouquet glomérulaire a repris sa place ; les cellules de l'endothélium de la capsule ne sont généralement pas altérées ; mais, du côté opposé au pédicule du glomérule, on trouve, à l'origine du canalicule contourné, une dilatation de celui-ci remplie par de nombreuses cellules épithéliales, pressées, appartenant au tube contourné et faisant en quelque sorte hernie dans la cavité glomérulaire.

Nous n'avons vu qu'une seule figure de karyokinèse dans les anses glomérulaires ; nous en avons observé plusieurs dans l'endothélium des vaisseaux capillaires et une dans l'endothélium d'une artériole.

Par contre, les cellules de l'épithélium des tubes contournés et droits nous en ont montré un très grand nombre sur toutes les coupes. Ces figures étaient inégalement réparties. Ainsi, on pouvait en vain examiner quinze ou vingt tubes qui en étaient privés, tandis que, dans le même tube contourné ou droit, on en trouvait de cinq à dix tout près les unes des autres. Les cellules en karyokinèse sont en place, c'est-à-dire rangées entre des cellules à l'état de repos ; elles s'en distinguent en ce que leur protoplasma s'est gonflé, est devenu clair et que leur forme est devenue sphérique ou ovoïde. Elles font alors saillie dans la lumière du tube. Leur noyau, dans lequel le filament nucléaire est apparu, très fortement coloré par la safranine, présente l'état étoilé ramifié ou la plaque de nucléus très

caractéristique. On y voit aussi souvent la figure bipolaire des filaments achromatiques et enfin les plaques polaires séparées par les filaments achromatiques, puis les noyaux fils et les plaques équatoriales des deux noyaux situés dans une même cellule. On pouvait en un mot suivre là toutes les phases classiques de la division des cellules. On sait d'ailleurs, par les travaux de Nauwerk et Ziegler, que les cellules du rein entrent en karyokinèse pour remplacer celles qui sont détruites par l'inflammation dans les néphrites. La néphrite cantharidienne en donne une preuve de plus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 6 juillet 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

DU RÉFLEXE PATELLAIRE CHEZ LES DIABÉTIQUES. — M. *Berger* lit un rapport sur une communication de M. Reynier relative aux modifications du réflexe patellaire chez les diabétiques. M. Reynier a rapporté sept cas d'intervention chirurgicale chez des diabétiques.

Chez ces sept malades, deux avaient le réflexe patellaire normal; chez les cinq autres ce réflexe avait disparu. Les deux premiers seuls ont guéri. Les autres sont morts.

M. Reynier croit pouvoir conclure de ces observations que la disposition du réflexe patellaire chez les diabétiques est un phénomène que l'on doit toujours prendre en grande considération au point de vue du pronostic.

M. Berger fait ensuite remarquer que cette relation entre l'état du réflexe patellaire et certaines maladies autres que le diabète, comme l'alcoolisme, l'albuminurie, a déjà été signalée par plusieurs médecins et chirurgiens étrangers. Il a lui-même observé deux cas de diabète avec complications graves. Dans un cas, il s'agissait d'un diabétique dont il a été question dans la dernière séance, et qui présentait un énorme phlegmon gangréneux de la fosse ischio-rectale. Chez ce malade, le réflexe patellaire était conservé, et il a guéri.

L'autre, qui était atteint de gangrène diabétique avec perte du réflexe patellaire, est mort.

Enfin, M. Berger a vu guérir un albuminurique atteint d'une affection grave du membre inférieur avec conservation du réflexe rotulien.

Des observations rapportées par M. Reynier et de celles qui lui sont propres, M. Berger conclut que le réflexe patellaire a une grande valeur pronostique dans les maladies graves.

M. *Verneuil.* Il est un fait acquis, c'est que les opérations chez les diabétiques sont graves; cependant, il faut parfois faire des opérations chez ces malades; on ne peut pas refuser d'opérer un diabétique qui a une hernie étranglée, et du reste tous les diabétiques auxquels on fait des opérations ne meurent pas. Malheureusement, nous sommes dans l'ignorance la plus profonde relativement au pronostic à porter chez un diabétique qui vient d'être opéré. La faible quantité du sucre dans l'urine d'un diabétique n'est nullement une garantie de succès opératoire, on voit chez ces malades, après une opération insignifiante en apparence, survenir des accidents formidables tout aussi bien que chez ceux dont l'urine contient 100 grammes de sucre par litre. La quantité de sucre n'influence pas le pronostic autant que l'on pourrait le croire *à priori*. Il y a des malades qui n'ont pas de sucre dans l'urine quand on les opère, mais qui en ont eu et qui en auront; chez ces malades, les opérations sont aussi graves que chez les autres. Il est du reste assez facile de faire disparaître le sucre de l'urine des diabétiques, ou tout au moins d'en diminuer la quantité d'une façon considérable, mais cela ne signifie rien au point de vue chirurgical. Je n'ai pas d'expérience de la valeur, de la présence ou de l'absence du réflexe patellaire dans les maladies, ce serait un élément important pour le pronostic si les observations confirment les conclusions de M. Berger. Il serait intéressant de rechercher aussi si le réflexe patellaire qui a disparu réapparaît quand le sucre vient à disparaître de l'urine.

M. *Terrier*. On pourrait peut-être interpréter d'une autre façon les modifications subies par le réflexe patellaire dans les observations rapportées par M. Reynier. En effet, les deux malades chez lesquels le réflexe était conservé avaient des affections bénignes : l'un, un ongle incarné, l'autre, une loupe. Tandis que ceux chez lesquels il avait disparu avaient des affections très graves, phlegmon, anthrax, lymphangite.

Nous pouvons donc conclure qu'un malade chirurgical qui a perdu son réflexe patellaire est plus malade qu'un qui l'aurait conservé, mais c'est tout ce que l'on peut conclure.

M. *Berger* répond à M. Verneuil que chez deux des malades de M. Reynier le sucre a disparu des urines sans que pour cela réapparaisse le réflexe patellaire.

M. *Tachard* lit une communication sur les blessures produites par la mélinite.

M. *Bouilly* présente des kystes hydatiques multiples du grand épiploon enlevés par la laparotomie.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 28 *avril* 1887. — *Présidence de* M. RENDU.

M. *Gilbert* lit un rapport sur la candidature de M, le D[r] *Ch. Gundelach*, d'Asnières, au titre de membre correspondant de la Société. M. Gundelach est élu membre correspondant.

M. *Ruault* lit : 1° une observation de laryngite aiguë traitée par le benzoate de soude. (V. *France méd.* n° 66. p. 789.)

2° Une observation d'épistaxis causée par un sarcome des fosses nasales et arrêtée par la cocaïne. (Sera publiée.)

M. *Cartaz*. Le benzoate de soude est-il bien supporté à la dose de 8 grammes? Dans les pharyngites chroniques, le benzoate de soude donne-t-il de bons résultats?

M. *Ruault*. Avec le benzoate de soude ordinaire, on observe souvent un état nauséeux. Mais le benzoate de soude du benjoin est ordinairement bien supporté.

Dans les pharyngites chroniques, le médicament n'a pas donné de résultats.

M. *Rendu*. Les malades de M. Ruault ont été soumis au repos et à des boissons chaudes. Ces précautions hygiéniques ne sont-elles pas pour quelque chose dans la guérison?

M. *Ruault*. Dans les cas où les cordes vocales sont rouges et enflammées, le repos ne suffit pas. Ces cas durent habituellement de quinze à vingt et un jours.

M. *Jocqs* lit une observation d'éclampsie puerpérale avec albuminurie et glycosurie suivie de cécité verbale. (V. *France méd.* n° 52, p. 624.)

M. *Ballet*. La malade de M. Jocqs lisait en scandant à haute voix, de même que certains malades atteints de cécité verbale ne peuvent lire qu'en écrivant. Il y a une image motrice graphique qui aide au réveil de l'image visuelle. Chez la malade, c'était l'image motrice articulée qui aidait au réveil de l'image visuelle.

Mais, de plus, chez elle, il y avait en même temps agraphie et amnésie. Au point de vue pathogénique, ceci a son importance. Le trouble du langage n'a été qu'une manifestation de l'amnésie. Or, si ces faits sont rares dans l'éclampsie, ils s'observent dans la glycosurie. La présence du sucre dans l'urine a donc une grande valeur au point de vue pathogénique.

M. *Boissard*. Chez les nouvelles accouchées, ne nourrissant pas surtout, on observe fréquemment une glycosurie qui n'est que de la lactosurie. Chez les éclamptiques, au contraire, la perte du souvenir de l'accouchement et des faits immédiatement antérieurs est fréquente.

M. *Ballet*. Je ferai remarquer qu'il s'est agi ici d'un trouble bien plus persistant : tel qu'on a dû refaire à la malade une véritable éducation pour lui apprendre de nouveau à lire.

M. *Rendu*. Le diabète ne me semble pas démontré ; l'amnésie s'observe dans l'albuminurie et je vois plutôt ici de l'amnésie que de la cécité verbale.

M. *Cartaz* lit une observation de rhinite professionnelle d'origine arsenicale. (V. *France méd.* n° 56, p. 670).

M. *Ruault*. Je rapprocherai de ce fait les rhinites observées chez les ouvriers qui travaillent dans les chromates. Mais ici, il y a un lieu d'élection, la partie antérieure de la cloison.

M. *Villar* lit : 1° une observation d'iodisme à localisation parotidienne, (V. *France méd.* n° 64, p. 466) ; 2° une observation d'affection anhtracoïde du gland. (V. *France méd.* n° 61, p. 729.)

M. *Reynier*. Je possède trois observations d'iodisme à forme ourlienne très nets, dus à l'iodure de potassium.

M. *Cartaz*. On observe fréquemment de l'engorgement des glandes sous-maxillaires chez les gens qui prennent de l'iodure de potassium.

M. *Verchère*. A propos de la deuxième observation de M. Villar, je crois qu'il s'agit plutôt de gangrène foudroyante de la verge.

Il y avait probablement lymphangite antérieure. J'ai observé récemment deux cas analogues dont je rapporte les observations. (V. *France méd.* n° 62, p. 741).

Les secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — La Société des Sauveteurs de la Seine a tenu dimanche son Assemblée générale annuelle sous la présidence de M. le docteur de Beauvais, et a décerné les récompenses suivantes aux médecins et pharmaciens ci-dessous désignés :

Médailles d'argent. — Prix Letellier, MM. les docteurs Edgard Bérillon et Gillet de Grandmont ; — Prix du Conseil, MM. les docteurs Garrigou-Desarènes et Reliquet ; MM. A. Petit et F. Lemaire, pharmaciens ;

Médailles de bronze. — Prix du Conseil, M. le docteur Biscarrat ; — Prix de la Société, M. le docteur Bénard.

La médecine en Angleterre. — Nous extrayons le passage suivant d'une lettre adressée d'Europe par le Dr Lapthorn Smith à l'*Union médicale du Canada*. Ceux de nos confrères, et ils sont nombreux, qui se plaignent de la situation de la profession dans notre pays verront qu'à ce point de vue nous n'avons point à porter envie à nos voisins.

« En Angleterre, les médecins se plaignent amèrement aujourd'hui de la réduction du taux de leurs honoraires, et des rudes travaux qu'ils sont obligés d'entreprendre pour soutenir une existence assez précaire. Cet état de choses est dû à l'énorme compétition causée elle-même par le grand nombre d'institutions accordant des licences et des diplômes à des milliers de médecins là où des centaines seulement peuvent trouver de l'emploi. Il en résulte que sept praticiens sur dix sont exposés à mourir de faim ou forcés de recourir à des moyens plus ou moins malhonnêtes de gagner leur vie. D'un autre côté, les corps enseignants ne semblent pas se soucier que les sujets auxquels ils accordent leur diplôme en soient réellement dignes ou non, car très souvent des diplômes ont été conférés à des individus reconnus pour être des ivrognes ou auxquels manquaient les premiers éléments du savoir-vivre. Ceci a pour effet d'abaisser le niveau de la dignité professionnelle, de telle sorte que, actuellement, en Angleterre, l'assistant d'un médecin est souvent traité, tant par son maître que par ses clients, avec beaucoup moins de considération que ne l'est le cocher du médecin. Ce fait peut, je crois, nous servir d'enseignement et engager nos Universités à ne pas inonder le Canada d'une foule de jeunes médecins incapables d'y trouver tous leur subsistance, et cela pour la seule satisfaction d'enregistrer un plus grand nombre d'élèves. »

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 26 Juin au 2 juillet* 1887. — Fièvre typhoïde 8. — Variole, 7. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52.

Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 34. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 43.

Bronchite aiguë et chronique, 40. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 47.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 75.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine : 840. — Résultat de la semaine précédente : 909.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 81 Mardi 12 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. DESPRÈS.

Hernie crurale étranglée. — Kélotomie. — Parotidite double. — Pneumonie et mort.

(Observation recueillie par M. Mordret, interne du service.)

(*Suite et fin*) (1)

Il y a dans cette observation deux points qui nous ont paru intéressants : tout d'abord, le traitement consécutif à la kélotomie, et ensuite l'apparition de cette double tumeur parotidienne dont nous essaierons de rechercher la cause.

Contrairement à l'opinion admise aujourd'hui par la plupart des chirurgiens qui, grâce à l'antisepsie, ne craignent pas de suturer les bords de la plaie, M. Després se refuse à chercher la réunion par première intention, même dans une portion de l'étendue de l'incision. Il suit en cela les préceptes de Nélaton « qui regardait comme assez fréquent le développement d'un abcès dans le sac herniaire, alors que les parties superficielles de la solution de continuité sont déjà réunies » ; il est, de plus, utile de laisser cette issue à la sérosité péritonéale qui, retenue à l'intérieur de l'abdomen, pourrait devenir le point de départ d'accidents graves.

M. Després attribue une importance capitale à l'application sur l'abdomen d'un large vésicatoire (A. Després, *Chirurgie journalière*). Ce n'est cependant pas une règle rigoureuse, et si la hernie était très récente, si l'intestin ne présentait aucune trace d'inflammation, cette précaution pourrait devenir inutile, jamais nuisible.

Tel n'était pas le cas chez notre malade, l'étranglement datant de cinq jours, l'intestin étant fortement compromis. C'est dans la crainte

(1) V. *France méd.*, n° 80.

de voir se développer une péritonite que ce vésicatoire « *de précaution* » est appliqué. Dès longtemps, l'utilité du vésicatoire est reconnue dans la péritonite, mais nulle part nous ne l'avons vu signalé comme moyen préventif. Sans assimiler la séreuse péritonéale aux synoviales articulaires, il semble cependant possible, comme M. Desprès nous le disait dans sa leçon, qu'elle puisse être le siège d'une exsudation plus abondante, qu'il puisse s'y développer du péritonisme, à la suite d'une intervention chirurgicale comme la kélotomie, de même qu'à la suite d'un traumatisme il se développe de l'hydarthrose dans les articulations. Ce péritonisme n'est en somme que le premier degré de la péritonite ; mais, grâce à ce vésicatoire de précaution, l'état congestif du péritoine n'augmentera pas, et c'est à ce mode de traitement que M. Desprès attribue en partie les heureux résultats de ses opérations de kélotomie. Cependant, on pourrait nous faire une objection : souvent on observe chez les malades, et surtout chez les femmes, après l'opération de la hernie étranglée, des phénomènes de rétention d'urine. M. Desprès cite, dans sa chirurgie journalière, plusieurs cas où le cathétérisme fut nécessaire jusqu'au cinquième et sixième jour, et, en ce moment, nous avons dans le service une malade qui, opérée depuis huit jours, commence à uriner seule et quelques gouttes seulement. Il semble peu probable que l'effet de la cystite cantharidienne puisse être la cause de ce léger accident, parce que l'urine conserve ses caractères normaux, que l'analyse, faite à plusieurs reprises, n'y a rien fait découvrir, et, enfin, que l'effet de la cantharide ne persiste pas aussi longtemps. Serait-ce vrai, du reste, que l'objection n'aurait pas grande valeur, vu le peu d'importance de cette complication.

Nous voyons, de plus, dans l'observation, que la malade fut soumise à l'action de l'opium pendant quatre jours, et que la débâcle ne survint que dans la nuit du cinquième au sixième jour. Il est parfaitement reconnu aujourd'hui que les purgatifs donnés après l'opération sont plus nuisibles qu'utiles; mais, si quelques chirurgiens donnent de l'opium le premier et le second jour, il en est un grand nombre qui se contentent d'attendre la débâcle naturelle. Cette constipation systématique pendant les quatre premiers jours a comme but d'obtenir la cicatrisation de l'intestin avant le rétablissement du cours des matières.

Nous avons cru qu'après ces quelques réflexions sur le traitement auquel furent soumises toutes les hernies étranglées opérées par M. Desprès depuis qu'il est à la Charité, une statistique serait intéressante et voici le résultat des kélotomies pratiquées dans le service depuis le 1er janvier 1881 jusqu'au 1er janvier 1887.

Sur 17 malades opérés 11 guérisons, et sur les 6 morts nous voyons

deux décès survenus l'un le seizième jour, l'autre le treizième jour après l'opération, ce dernier de broncho-pneumonie chez une femme de 79 ans.

L'observation de notre malade nous montre que le cinquième jour est survenue chez elle une double tumeur parotidienne. Quelle est la nature de cette tumeur, doit-on la regarder comme une complication de la kélotomie?

Cette tumeur est apparue soudainement; elle n'a pas été précédée d'élévation de température ni de douleur locale, seulement la langue était saburrale.

Son mode de début se rapprocherait bien plus de celui des oreillons que de toute autre tumeur parotidienne ; en quelques heures la tuméfaction est arrivée à son maximum et est restée telle jusqu'à la fin. Si nous pouvions confondre sous une même dénomination les affections décrites aujourd'hui sous les noms de parotidite et d'oreillons et considérer la parotidite suppurée comme une phase ultime des oreillons, la question serait immédiatement jugée ; mais aujourd'hui oreillons et parotidites sont deux affections absolument distinctes, l'une spécifique, contagieuse, l'autre symptomatique dans la plupart des cas d'un état général grave. On ne peut chez notre malade, que son âge semble du reste mettre à l'abri des ourles, invoquer la contagion; nous l'avons recherchée avec soin et sans aucun résultat; d'autre part la suppuration de la tumeur éloigne également le diagnostic d'oreillons, car les quelques cas signalés par Dionis sont presque les seuls connus.

Nous sommes donc amenés à affirmer que notre malade a été atteinte de parotidite et c'est l'âge de cette femme qui nous donne l'explication de la marche irrégulière qu'a suivie l'affection. Il n'est pas très rare en effet d'observer chez des vieillards des parotidites à marche rapide, sans grands signes prémonitoires et avec des symptômes nerveux très accusés.

Quant à la cause de cette parotidite, nous ne croyons pas qu'on puisse la chercher ailleurs que dans l'état saburral de la langue. C'est revenir à la théorie de Piorry, à la propagation par voisinage à l'aide du conduit de Sténon, de l'inflammation buccale à la parotide. Le pus que la pression, aux derniers jours de la maladie, faisait sourdre par le conduit de Sténon ne laisse aucun doute sur ce fait que l'inflammation était surtout canaliculaire. L'hyperhémie générale de la muqueuse buccale nous explique aussi pourquoi les deux parotidites furent prises, la même cause agissant des deux côtés. Cette théorie est cependant loin de nous satisfaire entièrement, car si elle s'appuie sur des observations bien certaines, il est tant d'autres cas où aucune inflammation de la parotide ne succède à l'hyperhémie de la muqueuse

buccale, que l'on doit se demander s'il n'intervient pas ici un autre facteur?

Peut-être le trouverions-nous dans l'état général de notre malade, dans son passé alcoolique ?

Au point de vue de la kélotomie, ce n'est donc qu'un simple accident et non une complication : il en serait tout autrement si on pouvait faire intervenir ici la question de l'infection purulente. Cette parotidite s'expliquerait par la formation d'abcès métastatiques, par une intoxication de l'économie et deviendrait une complication immédiate de l'opération. Mais nous ne trouvons chez notre malade aucun des symptômes de l'infection purulente, elle n'a eu ni frissons ni élévation de température et la plaie n'a présenté aucune de ces modifications locales qui accompagnent l'apparition de la pyohémie. Puis la malade n'est morte qu'au dixième jour après l'opération et l'autopsie n'a révélé dans aucun organe trace d'abcès métastatique. Il semble donc que nous pouvons rejeter cette opinion, car il n'est pas admissible que la parotide seule fût atteinte alors que constamment on trouve dans les divers organes des abcès métastatiques. De plus dans les cas d'intoxication de l'économie par une cause quelconque, il est bien rare d'observer des parotidites doubles ; on doit même ériger comme règle générale qu'elles sont unilatérales : ici les deux parotides sont atteintes, sont atteintes en même temps et sans aucun symptôme ni local, ni général prémonitoire.

La présence de la pneumonie n'est pas davantage une preuve de l'intoxication de l'organisme, rien ne prouve que nous ayons eu là une pneumonie infectieuse : tout le lobe supérieur du poumon était hépatisé ; il ne présentait en aucun point d'infarctus et notre malade, âgée de 60 ans, étant de plus alcoolique, avait parfaitement droit à une pneumonie des vieillards. Le décubitus dorsal, auquel forcément notre malade se trouva condamnée, est une cause bien suffisante pour déterminer l'inflammation du parenchyme pulmonaire, surtout étant donné son passé ; et chaque jour des accidents semblables s'observent au cas de fracture du col du fémur par exemple, lorsque des vieillards se trouvent forcés de s'aliter. Nul dans ces cas ne fait intervenir l'intoxication générale de l'organisme ; pourquoi donc en présence d'un même fait vouloir ici rechercher une autre cause ?

Essai expérimental sur le pouvoir toxique des urines pathologiques non fébriles (1).

Par M. V. Feltz.

Nous avons établi, par la note que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie dans la séance du 12 avril 1886, concernant le pouvoir toxique des urines fébriles, que, toutes choses égales d'ailleurs, la toxicité des urines fébriles était bien supérieure à la toxicité des urines normales. Nous avons également démontré dans ce travail que la toxicité plus grande des urines fébriles n'était pas directement liée à la densité de celles-ci.

Nous avons essayé, depuis quelques mois, de faire une étude semblable pour certaines urines pathologiques non fébriles ; c'est ainsi que nous avons fait sur des chiens, avec M. Ehrmann, le chef de notre laboratoire, une série d'expériences devant nous renseigner sur l'action nocive des urines venant de malades glycosuriques, albuminuriques, ictériques, cachectiques par cancer ou anémie. Nous avons toujours opéré avec des urines toutes fraîches, bien filtrées, analysées sommairement et chauffées avant l'injection à la température des chiens ; une quantité suffisante d'urine a toujours été mise en réserve pour les analyses complémentaires. Les injections intra-veineuses ont été faites d'après le procédé que nous avons avons décrit, M. Ritter et moi, dans notre *Urémie expérimentale*, qui a eu l'honneur du prix Godard à l'Académie de médecine, en 1883.

Toutes les urines employées ont été choisies chez des sujets traités dans les cliniques de la Faculté ou soignés par nous dans notre clientèle et celle de nos amis.

Il ressort du tableau de nos expériences que les urines glycosuriques, tant qu'il n'y a pas état cachectique au moins, malgré leur densité, ne sont pas plus toxiques que les urines normales, c'est-à-dire qu'il faut toujours, pour amener la mort, injecter dans la veine une quantité d'urine équivalente à la quantité d'urine sécrétée par le chien pendant trois jours.

Il en est tout autrement pour les urines ictériques par suite de maladies organiques du foie, les urines albumineuses pour cause de lésions rénales graves et les urines provenant d'individus atteints de cachexie cancéreuse ou d'anémie grave.

Toutes ces urines, quelle que soit du reste leur densité, sont beaucoup plus toxiques que les urines normales ; leur pouvoir d'intoxication va jusqu'à déterminer la mort avec des quantités d'urine à peine

(1) Note présentée à l Académie des sciences.

buccale, que l'on doit se demander s'il n'intervient pas ici un autre facteur ?

Peut-être le trouverions-nous dans l'état général de notre malade, dans son passé alcoolique ?

Au point de vue de la kélotomie, ce n'est donc qu'un simple accident et non une complication : il en serait tout autrement si on pouvait faire intervenir ici la question de l'infection purulente. Cette parotidite s'expliquerait par la formation d'abcès métastatiques, par une intoxication de l'économie et deviendrait une complication immédiate de l'opération. Mais nous ne trouvons chez notre malade aucun des symptômes de l'infection purulente, elle n'a eu ni frissons ni élévation de température et la plaie n'a présenté aucune de ces modifications locales qui accompagnent l'apparition de la pyohémie. Puis la malade n'est morte qu'au dixième jour après l'opération et l'autopsie n'a révélé dans aucun organe trace d'abcès métastatique. Il semble donc que nous pouvons rejeter cette opinion, car il n'est pas admissible que la parotide seule fût atteinte alors que constamment on trouve dans les divers organes des abcès métastatiques. De plus dans les cas d'intoxication de l'économie par une cause quelconque, il est bien rare d'observer des parotidites doubles ; on doit même ériger comme règle générale qu'elles sont unilatérales : ici les deux parotides sont atteintes, sont atteintes en même temps et sans aucun symptôme ni local, ni général prémonitoire.

La présence de la pneumonie n'est pas davantage une preuve de l'intoxication de l'organisme, rien ne prouve que nous ayons eu là une pneumonie infectieuse : tout le lobe supérieur du poumon était hépatisé ; il ne présentait en aucun point d'infarctus et notre malade, âgée de 60 ans, étant de plus alcoolique, avait parfaitement droit à une pneumonie des vieillards. Le décubitus dorsal, auquel forcément notre malade se trouva condamnée, est une cause bien suffisante pour déterminer l'inflammation du parenchyme pulmonaire, surtout étant donné son passé ; et chaque jour des accidents semblables s'observent au cas de fracture du col du fémur par exemple, lorsque des vieillards se trouvent forcés de s'aliter. Nul dans ces cas ne fait intervenir l'intoxication générale de l'organisme ; pourquoi donc en présence d'un même fait vouloir ici rechercher une autre cause ?



Essai expérimental sur le pouvoir toxique des urines pathologiques non fébriles (1).

Par M. V. Feltz.

Nous avons établi, par la note que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie dans la séance du 12 avril 1886, concernant le pouvoir toxique des urines fébriles, que, toutes choses égales d'ailleurs, la toxicité des urines fébriles était bien supérieure à la toxicité des urines normales. Nous avons également démontré dans ce travail que la toxicité plus grande des urines fébriles n'était pas directement liée à la densité de celles-ci.

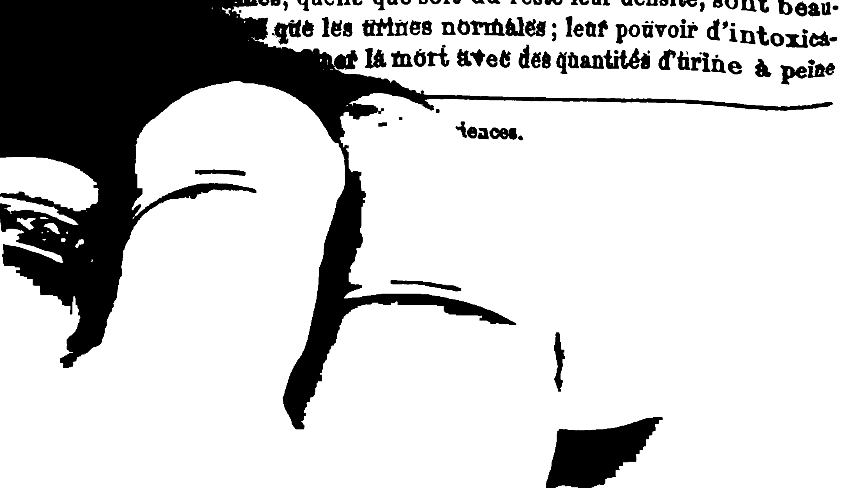
Nous avons essayé, depuis quelques mois, de faire une étude semblable pour certaines urines pathologiques non fébriles ; c'est ainsi que nous avons fait sur des chiens, avec M. Ehrmann, le chef de notre laboratoire, une série d'expériences devant nous renseigner sur l'action nocive des urines venant de malades glycosuriques, albuminuriques, ictériques, cachectiques par cancer ou anémie. Nous avons toujours opéré avec des urines toutes fraîches, bien filtrées, analysées sommairement et chauffées avant l'injection à la température des chiens ; une quantité suffisante d'urine a toujours été mise en réserve pour les analyses complémentaires. Les injections intra-veineuses ont été faites d'après le procédé que nous avons avons décrit, M. Ritter et moi, dans notre *Urémie expérimentale*, qui a eu l'honneur du prix Godard à l'Académie de médecine, en 1883.

Toutes les urines employées ont été choisies chez des sujets traités dans les cliniques de la Faculté ou soignés par nous dans notre clientèle et celle de nos amis.

Il ressort du tableau de nos expériences que les urines glycosuriques, tant qu'il n'y a pas état cachectique au moins, malgré leur densité, ne sont pas plus toxiques que les urines normales, c'est-à-dire qu'il faut toujours, pour amener la mort, injecter dans la veine une quantité d'urine équivalente à la quantité d'urine sécrétée par le chien pendant trois jours.

Il en est tout autrement pour les urines ictériques par suite de [illegible] organiques du foie, les urines albumineuses pour cause de [illegible] graves et les urines provenant d'individus atteints de [illegible]reuse ou d'anémie grave.

[illegible]ines, quelle que soit du reste leur densité, sont beau- [illegible] que les urines normales ; leur pouvoir d'intoxica- [illegible] la mort avec des quantités d'urine à peine



[illegible]iences.

équivalentes au poids des urines sécrétées pendant un ou deux jours, Il s'agit donc réellement d'une puissance toxique triple et double.

Les symptômes observés pendant l'expérience, le genre de mort auquel les chiens succombent, les désordres que révèle l'autopsie, sont les mêmes que ceux que l'on constate avec les urines normales, injectées dans les veines en quantité suffisante. Nous les avons appelés, M. Ritter et moi, *accidents urinémiques.*

Cela étant, nous devions nécessairement penser qu'il s'agit, dans les urines pathologiques, non d'adjonction de principes nocifs nouveaux, mais surtout d'augmentation de quantité des principes nocifs des urines normales. Les analyses des urines injectées, que publiera incessamment M. Ehrmann dans sa thèse inaugurale, ne laisseront absolument à cet égard aucun doute ; elles confirmeront notre opinion que ce sont surtout les sels potassiques des urines qui sont les principaux agents de l'intoxication urémique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. Férréol,

A l'occasion du procès-verbal de la séance précédente, M. Morel-Lavallée présente, au nom du professeur Fournier, un malade atteint de lymphangite tuberculeuse ayant eu pour point de départ une tuberculose variqueuse de la main. Ce malade a eu dans son enfance plusieurs foyers de tuberculose osseuse; actuellement il présente des lésions tuberculeuses des poumons; mais, fait remarquable, ceux-ci sont demeurés intacts tant que la peau n'a pas été envahie par la tuberculose. M. Morel-Lavallée montre en même temps à la Société différents moulages pris par M. Barette sur ce malade à différentes périodes de son affection.

De la cirrhose aigue du foie. — M. *Debove* rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, non alcoolique, syphilitique depuis trois ans, et qui a succombé à une cirrhose aiguë du foie. A l'entrée de la malade dans le service, on nota de l'ictère, de l'ascite, des douleurs en ceinture et l'hypertrophie du foie. On administra trois grammes d'iodure de potassium en raison des antécédents de la malade. Ce traitement resta sans effet, et la malade tomba rapidement dans un état comateux qui se termina par la mort; au cours de cet état on put constater une diminution notable du volume du foie.

A l'autopsie, le foie et la rate étaient petits, l'ascite peu abon-

dante; au microscope, les lésions étaient non seulement périlobulaires, mais encore intralobulaires.

M. *Debove* fait remarquer que la marche de la maladie a été absolument aiguë, et qu'aucun des types connus ne se rapporte à ce fait; ils en diffèrent en effet par l'étiologie, le type clinique et l'anatomie pathologique.

Attitude dans la sciatique. — M. *Ballet* présente un malade ayant l'attitude signalée par le professeur Charcot dans la sciatique. Chez cet homme la sciatique était frustre. Sous l'influence des pulvérisations de chlorure de méthyle les douleurs de la cuisse ont disparu et l'attitude du malade s'est notamment modifiée. Cette attitude, due à une contraction ou contracture des muscles de la masse sacrolombaire du côté correspondant à celui de la sciatique, consiste en une élévation de la hanche avec abaissement de l'épaule. M. Ballet présente, avec la photographie du malade avant le traitement, celles de deux autres malades observés à la Salpêtrière par M. le profes- Charcot.

Pleurésie purulente au cours de la grippe. — M. *Gaucher* rapporte deux observations de pleurésie purulente comme détermination exceptionnelle de la grippe.

Le premier fait est celui d'une femme de 34 ans, prise de congestion pleuro-pulmonaire double et de nature grippale quelques jours avant son accouchement; celui-ci eut lieu sans accident et ne fut suivi d'aucun symptôme d'infection puerpérale. Une fois l'accouchement et ses suites terminés, M. Gaucher constata d'abord une pleurésie diaphragmatique et bientôt aprés un épanchement notable dans la plèvre gauche. La ponction jugée nécessaire donna issue à un liquide purulent; malheureusement, M. Gaucher ayant quitté le service, n'a pu suivre plus longtemps la malade.

Le second fait est celui d'un homme chez lequel on constata d'abord une congestion pleuro-pulmonaire double que l'ensemble des autres symptômes et les conditions épidémiques devaient faire considérer comme de nature grippale. Au bout d'un certain temps, un épanchement considérable dans la plèvre droite nécessita la ponction qui donna issue à un liquide franchement purulent. Dans la suite, M. Gaucher dut faire à ce malade plusieurs autres ponctions et finalement l'opération de l'empyème. Cet homme est actuellement guéri et est convalescent dans le service du professeur Potain, à la Charité.

M. Gaucher fait remarquer que si, à la grande rigueur, on peut, pour le premier fait, invoquer la puerpéralité, il n'en est pas de même pour le second. Étant donnés les conditions épidémiques et l'ensemble des symptômes présentés par les malades, le diagnostic *grippe* semblait pleinement justifié; quant à la pathogénie de cette pleurésie

purulente d'emblée, M. Gaucher ne cherche point à l'établir, il tient seullement à montrer que la pleurésie purulente peut être une manifestation, exceptionnelle, il est vrai, d'une maladie assurément infectieuse : la grippe.

M. *Rendu* pense que cette communication soulève deux questions : est-ce bien la grippe qui a donné lieu à cette pleurésie purulente ou bien n'est-ce pas la broncho-pneumonie ? M. Rendu pencherait volontiers pour cette seconde hypothèse ; il base son opinion sur un fait qu'il a récemment observé chez une vieille femme de son service et chez laquelle une pleurésie purulente presque latente a été produite par un foyer de broncho-pneumonie.

A 4 heures trois quarts, la Société se réunit en comité secret.

VARIÉTÉS.

Découverte du Dr Ignace v. Peczeli de Pest.

La *Revue homœopathique belge*, le journal d'homœopathie le plus sérieux que nous connaissions, publie dans son dernier numéro (1) le très curieux article que nous donnons ci-dessous sans y changer le moindre mot. Il n'est sans doute pas inutile de faire observer que ce journal, dirigé par le Dr Martiny, de Bruxelles, s'adresse à des médecins et à des pharmaciens.... homœopathes, et non à des concierges.

« Le Dr Ignace v. Peczeli déclare faire le diagnostic non seulement des différentes affections, mais encore des causes des affections par l'examen des yeux des malades ; de plus, par une nouvelle méthode d'application des remèdes homœopathiques, il arriverait à la guérison d'affections chroniques qui, jusqu'à ce jour, ont pass é pour incurables.

Nous ne dirons pas, ce qui serait trop long, par quel enchaînement de circonstances, remontant à son enfance, il en arriva à établir son système de diagnostic. Nous nous contenterons de faire connaître que, d'après Peczely, tous les points de la surface de l'iris répondent à des endroits bien déterminés de l'organisme, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du corps, l'œil droit répondant à la partie droite, l'œil gauche à la partie gauche du corps. Chaque changement de colora-

(1) Numéro d'avril 1887, p. 21.

tion sur n'importe quel point de l'iris, — changement de coloration dû à un changement de forme ou de situation de ses fibres, — représente un changement, résultant d'une influence morbifique, dans la partie du corps correspondant à ce point déterminé de l'iris.

Par des observations continuées pendant plus de 20 ans, Peczely serait parvenu à déterminer, pour chaque organe, le point correspondant sur l'iris ; bien plus, il serait parvenu à déterminer d'après la configuration du changement survenu sur l'iris par suite de lésions extérieures, si la lésion a été produite par un instrument tranchant ou émoussé, par une morsure, etc.

A remarquer que ces signes caractéristiques sur l'iris restent indélébiles alors même que la maladie qui y a donné lieu peut être considérée comme guérie.

En dehors des changements produits par les modifications de forme et de situation des fibres, la coloration de l'iris peut encore être changée par des dépôts cellulaires, brunâtres, ressemblant à des taches de rouille. Ces dépôts, sans changement concomitant dans la forme ou dans la situation des fibres, sont le résultat de la guérison de la gale ; accompagnés de changements dans les fibres, ils sont le résultat d'autres exanthèmes guéris, tels que croûte de lait, etc. Dans les cas d'hérédité de ces conditions morbides, tous ces signes se présentent avec des modifications caractéristiques.

La couleur de l'iris, chez tous les nouveau-nés, venant au monde sans disposition morbide acquise ou héréditaire, serait bleu pâle : tous les changements qui s'y produiraient par la suite seraient dus à des actions morbides.

Quant au traitement des affections chroniques suivi par Peczely, ce traitement paraît assez simple tout en présentant ses complications.

Peczely part de l'idée que toutes les maladies chroniques proviennent :

1° De la syphilis ;

2° De la guérison ou plutôt de la disparition de la gale sous l'influence d'un traitement purement externe ;

3° De la disparition de la croûte de lait, dans les mêmes conditions ;

4° De la disparition de la teigne, également dans les mêmes conditions ;

5° D'une prédisposition morbide héréditaire, transmise par des parents ayant été soumis à l'influence des causes énumérées sous n° 1, 2, 3 et 4 ;

6° De l'empoisonnement par des médicaments à doses allopathiques.

Sont promus ou nommés :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Guillemin, Moussu, Schaumont, médecins principaux de l'armée de terre.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Fontorbe, Charriez, Bremond, Joubin, Rémond, Cognes et Rochard, médecins de 1re classe de la marine.

MM. les docteurs Gils, Heuyer, Pons, Bélime, Grosse, Deschamps, Gatumeau, Warion, Franchet, Héral, Thouvenin, Dechaux et Sourris, médecins militaires.

M. le docteur Blet, médecin de la Chambre des députés.

La maladie du prince héritier de Prusse a donné lieu, dit-on, à la petite manifestation suivante ;

MM. les professeurs Bergmann et Tobold ayant demandé le concours d'une autorité étrangère, une liste fut dressée, portant les noms des spécialistes les plus renommés : Storck (de Vienne), Fauvel (de Paris), Rauchfuss (de Pétersbourg) et Mackenzie (de Londres).

L'empereur aurait biffé le nom du spécialiste français, et l'on sait que c'est M. Mackenzie qui a été appelé auprès du prince-héritier.

(*Gaz. des hôp.*)

Théophraste Renaudot. — On vient de placer, au n° 4 du quai du Marché-Neuf, une plaque en marbre portant l'inscription suivante :

Théophraste Renaudot fonda, en 1631, le premier journal imprimé à Paris, la *Gazette*, dans la maison du Grand-Coq, qui s'élevait ici, ouvrant rue de la Calandre et sortant au Marché-Neuf.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie,
108, boulevard Saint-Germain.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le Dr L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, 1 brochure grand in-8° de 124 pages, 3 francs.

L'**Année médicale** (neuvième année), 1886, vient de paraître à la librairie Plon. Tous ceux qui, à un titre quelconque, s'occupent de médecine, liront, avec grand intérêt, ce volume qui est le résumé des progrès accomplis, depuis un an, par les sciences médicales. L'*Année médicale* est publiée sous la direction du docteur Bourneville, avec la collaboration de nos plus illustres médecins.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 82 Jeudi 14 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, *le* 13 *juillet* 1887.

M. le professeur Peter a pris hier la parole pour reproduire un certain nombre d'objections contre la méthode des inoculations antirabiques et pour répondre à cette déclaration d'incompétence qui lui avait été opposée dans la dernière séance. M. Peter examine la question uniquement en clinicien, ici tous les médecins sont compétents, puisqu'il s'agit uniquement d'un facile problème d'arithmétique, et s'il combat les inoculations pastoriennes c'est que ces inoculations, dangereuses lorsqu'on applique la méthode intensive, deviennent, lorsqu'on applique la méthode atténuée ou la méthode mixte, complètement inefficaces et ne changent en rien le chiffre de la mortalité.

M. Peter combat aussi le mot de vaccination appliquée aux injections sous-cutanées de virus rabique. La vaccination de Jenner consiste à injecter sous la peau un virus toujours bénin et très différent de la maladie dont on veut préserver. La vaccination antirabique est au contraire une véritable inoculation.

Trois des membres les plus considérables de l'Académie ont répondu à M. Peter : M. Brouardel, qui dans un discours très serré a repris les chiffres de M. Pasteur et montré qu'on ne pouvait en rien se baser sur les statistiques antérieures à la méthode pastorienne, puisqu'il est facile de retrouver de nombreux cas de rage qui n'avaient pas été signalés par les préfets ; M. Villemin, secrétaire de la première commission nommée par l'Académie il y a trois ans pour assister aux expériences de M. Pasteur sur les chiens, et M. Charcot qui, d'un ton très ému, est venu dire à l'Académie ce qu'aurait sans doute dit en pareille circonstance son ami si regretté Vulpian, et joindre à l'admiration de son ami sa propre admiration pour les travaux de M. Pasteur.

Au début de cette séance, M. Mesnet avait lu une remarquable observation d'accouchement pendant le sommeil hypnotique.

Nous avons grand plaisir à annoncer la nomination à une belle majorité de notre collègue Laborde dans la section d'anatomie et de physiologie. A. Ch.

Hopital de la Pitié. — Service de M. le professeur Verneuil.

I. Amputation des métatarsiens dans leur continuité. — II. Abcès péri-néphritique. — III. Dilatation de l'anus dans la contraction simple, les fissures et les hémorrhoïdes. — IV. Anus artificiel iliaque.

Leçon recueillie par le Dr Greffier.
Ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

I. Dans une précédente séance, j'ai fait à un jeune malade l'amputation du premier métatarsien dans sa continuité, et je me suis, en agissant ainsi, montré très radical. Et cependant, je suis, vous le savez, un chirurgien conservateur par excellence. Mais la conservation en chirurgie consiste surtout à conserver le malade. Or, les opérations parcimonieuses sont parfois dangereuses. Dans le cancer, il faut enlever toute la zone suspecte. Il en est de même, en définitive, pour les lésions tuberculeuses. Si on laisse des traînées de follicules géants le long de la gaine des vaisseaux, on a des récidives inévitables. J'ai vu dernièrement un exemple de ce genre bien caractéristique. La lésion siégeait à un doigt qui fut sacrifié. Récidive ; il fallut enlever la moitié de la main. Récidive. Désarticulation du coude. Enfin, il fallut faire l'amputation du bras. Peut-être allez-vous m'objecter qu'on peut toujours essayer de conserver le plus long segment possible du membre. Mais cette temporisation, il faut bien le remarquer, n'est pas sans inconvénients : ainsi, pendant que ce malade était, passez-moi l'expression, coupé en tranches, la tuberculose faisait des progrès. La poitrine se prenait, puis les vertèbres, et actuellement il présente un mal de Pott avec un abcès par congestion.

Les résections, les grattages dans les petites articulations de la main et du pied présentent de graves inconvénients.

On m'a demandé pourquoi j'avais préféré l'amputation dans la continuité à la désarticulation du métatarsien. Je vais vous exposer les raisons qui m'ont guidé.

La désarticulation a divers inconvénients. Tout d'abord elle nuit beaucoup à la solidité du pied. L'os enlevé, le pied se porte dans

l'adduction, par abaissement de son bord externe. Vous avez par le fait supprimé ce qu'on a appelé *le talon antérieur*.

En second lieu vous entrez dans la ligne des articulations cunéennes et tarso-métatarsiennes ; car la deuxième articulation métatarso-cunéenne communique, vous le savez, avec la première. Cette deuxième articulation communique également avec la suivante. Quoique le danger soit moindre à l'heure actuelle avec les procédés antiseptiques, il n'a pas entièrement disparu, et si l'inflammation se produit, elle gagne de proche en proche sans qu'il vous soit facile de vous en rendre maîtres.

Troisième inconvénient : Vous détruisez l'insertion du long péronier latéral, et ce muscle, très résistant, a pour fonction de maintenir la forme de la voûte du pied.

Enfin, il est très difficile de faire la désarticulation du premier métatarsien sans blesser l'artère pédieuse qui devient, comme vous vous en souvenez, perforante dans le premier espace interosseux. Quand on l'a intéressé, elle est ensuite très difficile à lier. J'en ai vu un exemple pas plus tard qu'hier. Il s'agissait d'une femme de 76 ans qui présentait une tumeur du dos du pied recouvrant toute la région métatarsienne. C'était sans doute un sarcome, et il était sur le point de s'ouvrir. Il fallait donc intervenir.

La tumeur présentait une mobilité latérale assez appréciable. Les mouvements des orteils ne lui imprimaient pas grand déplacement, Était-il possible de faire l'extirpation de cette tumeur en sacrifiant quelques tendons, ou bien devions-nous pratiquer d'emblée l'amputation de Lisfranc? Telle était la question qui se posait.

Je commençai, au moyen du thermo-cautère, par tracer une circonférence autour de la tumeur : je sentis qu'elle devenait un peu mobile. Je fis alors, suivant ma pratique ordinaire, sauter la partie saillante, et je pus constater que la tumeur était adhérente au périoste de la face dorsale du deuxième métatarsien ; par suite, il fut possible de limiter les sacrifices et de faire seulement l'extirpation du deuxième et du troisième métatarsien. Sacrifice léger, car on rapproche ensuite les orteils restants et on obtient un pied rétréci, mais très solide.

Mais pour enlever le deuxième métatarsien, il fallut pénétrer dans le premier espace interosseux. Les articulations étaient presque entièrement ossifiées, et les ligaments étaient résistants comme des os. Dans ces manœuvres, la pédieuse fut blessée à un point d'anastomose avec la plantaire externe. La ligature double, de la pédieuse et de la plantaire, fut très laborieuse ; d'autant plus que les artères étaient friables et se coupaient sous le fil.

On évitera, quand cela sera possible, les inconvénients par l'amputation dans la continuité.

Messieurs, je vais immédiatement mettre ces conseils en pratique, sur un malade atteint d'arthrite fongueuse de la deuxième articulation métatarso-phalangienne.

II. J'ai maintenant à vous présenter une affection dont le diagnostic ne laisse pas que d'être embarrassant.

Il s'agit d'un homme blême, maigre, à sommets suspects, ayant eu autrefois une perte d'un testicule, en un mot présentant toutes les présomptions possibles en faveur de la tuberculose. Il souffre des reins et éprouve des douleurs qui descendent jusque dans le membre inférieur. Depuis deux mois, ces douleurs ont beaucoup augmenté.

A la région lombaire gauche, on constate la présence d'une masse énorme, remplissant toute la région. Cette masse est facilement accessible par le palper abdominal. Rouge, fluctuante, un peu dure, c'est très vraisemblablement une collection purulente. Cependant, on pourrait avoir affaire à une tumeur maligne dans laquelle se seraient récemment produits des foyers hémorrhagiques. On pourrait penser encore à un rein tuberculeux, lequel peut acquérir un volume considérable et d'ailleurs s'entourer d'un abcès tuberculeux perinéphrétique.

Nous allons commencer par une incision. S'il s'agit d'un abcès, nous aurons un flot de pus, et en introduisant le doigt nous pénétrerons de toutes parts dans une vaste cavité. Si au contraire la lésion était une tumeur solide ou un rein tuberculeux, nous tomberions sur le rein malade; on le drainerait, et on ajournerait à une autre séance l'extirpation ou l'énucléation du rein hors de la capsule. Si c'est une tumeur maligne, nous aurons fait une incision fâcheuse, mais en définitive, le mal ne sera pas grand. En tous cas, si la néphrectomie s'impose, elle ne doit pas être faite actuellement. Les néphrectomies pratiquées dans la période aiguë donnent une mortalité formidable. Il faut toujours attendre, pour les opérer, que la température soit revenue à la normale.

III. Nous avons dans le service un malade atteint d'hémorrhoïdes enflammées. Je me garderai bien de lui pratiquer actuellement la dilatation de l'anus, car en malaxant des veines qui contiennent des caillots on s'expose à donner naissance à une embolie septique qui va se loger dans le foie. Il faut attendre que l'inflammation soit tombée. Vous le savez, c'est à moi qu'appartient la théorie pathogénique des hémorrhoïdes actuellement acceptée. J'ai démontré que les veines anales traversent les tuniques du rectum, et que c'est par suite du resserrement de ces boutonnières musculaires qu'il se produit dans ces veines une sorte d'érection.

A ce même moment, je pratiquais empiriquement la dilatation forcée, sans avoir suivi le rapport qui existait entre les deux points, et sans avoir vu que le succès de cette opération était la meilleure preuve à l'appui de ma théorie. Ce n'est que plus tard que la lumière se fit dans mon esprit.

De fait, la dilatation agit contre la contraction et rien de plus. C'est ainsi que je fus appelé un jour près d'une jeune femme qui se mourait d'hémorrhagies intestinales. C'était une névropathe. Pas d'hémorrhoïdes, pas de fissure. Mais le doigt introduit dans le rectum était serré au point d'être chassé si l'on cessait d'appuyer. Constatant cette contracture, je proposai la dilatation qui eut un plein succès.

Au contraire, lorsque la fissure ne donne pas lieu à la contracture, la dilatation est inutile. Il y a à Lourcine de nombreuses malades avec des affections syphilitiques de l'anus et des fissures. Mais elles ne souffrent pas; elles n'ont pas de contrature. La dilatation serait parfaitement inutile. Au contraire, s'il s'agit de névropathes, la douleur et la contracture apparaissent et la dilatation devient nécessaire.

IV. M. Verneuil présente également un malade auquel il a pratiqué un anus artificiel iliaque pour une tumeur du rectum. Il préfère de beaucoup l'anus iliaque à l'anus lombaire. Le procédé opératoire est très simple : l'incision nous conduit immédiatement sur l'intestin. On attire l'anus au dehors ; on passe en arrière deux grandes épingles, et l'on résèque sur cette portion sortie le tiers du calibre de l'intestin. Puis on fixe par des points de suture. On obtient ainsi un éperon très marqué et les matières n'ont aucune tendance à passer par le bout inférieur. Nous possédons actuellement des appareils prothétiques qui rendent très supportable cette infirmité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend un travail manuscrit d'un médecin russe, M. Florian Krassowski, relatif au traitement du choléra asiatique.

M. Théophile Roussel présente à l'Académie, de la part de M. Eugène Ory, inspecteur des enfants assistés du Rhône, un travail manuscrit renvoyé à la Commission de l'hygiène de l'enfance.

Influence du sommeil hypnotique sur le travail de la parturition. — M. *Mesnet* expose l'observation d'une jeune femme qu'il

avait soignée à l'hôpital Saint-Antoine pour divers phénomènes nerveux et qui est entrée à l'Hôtel-Dieu dans son service pour des vomissements dûs à une grossesse. M. Mesnet se mit dans les conditions où s'était mis Jules Cloquet lorsqu'en 1823 il enleva le sein à une jeune femme en état d'hypnose et dans les conditions où s'étaient mis Follin et Broca sur les conseils du professeur Azan de Bordeaux. Un accouchement dans les mêmes conditions a été raconté par M. Dumontpallier tout récemment.

Cette jeune femme appartient à une famille où les troubles nerveux sont très communs. M. Mesnet la connaît depuis trois ans, elle a eu depuis de nombreuses attaques hystériques et de l'hémianesthésie gauche. L'ensemble de la santé générale paraîtrait des plus satisfaisant si l'on ne considérait pas le mauvais fonctionnement d'un grand nombre de ses organes.

Le sommeil somnambulique s'obtient chez elle en quelques secondes par n'importe quel procédé et même à la seule pensée qu'on veut l'endormir. L'hyperexcitabilité musculaire existe au degré le plus élevé sur toutes les parties du corps. Pendant le sommeil somnambulique, les facultés intellectuelles étaient parfaitement conservées et M. Mesnet avait tout empire sur elle ; on l'avait de plus habituée à cette idée qu'elle ne souffrirait nullement pendant son accouchement. C'est dans ces conditions qu'elle arriva à terme le 1er avril.

Une heure après le début des douleurs, qui étaient très vives, l'interne de M. Mesnet, M. Lyon, endormit la malade. Il la persuada peu à peu qu'elle ne souffrait plus, ce qu'elle finit par croire quoi qu'elle parut, d'après les manifestations extérieures, souffrir autant que tout autre femme.

La malade est éveillée quelque temps après la délivrance, elle ne souffre de rien et ne voit rien de ce qui s'est passé. Ce dédoublement de la mémoire peut devenir, dans certaines circonstances particulières, l'occasion facile de substitution d'enfants sans que la mère en ait la moindre connaissance.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. La Commission présente les candidats dans l'ordre suivant. En 1re ligne M. Laborde ; en 2e ligne MM. Fr. Franck et Gréhant ; en 3e ligne ex æquo MM. Hénocque, Regnard et Rémy.

Sur 78 votants, majorité 40 ; M. Laborde est élu au 1er tour de scrutin par 44 voix contre 32 à MM. Franck, 1 à M. Gréhant et 1 à M. Hénocque.

Les inoculations antirabiques. — M. *Peter*. Hier j'ai reçu d'un médecin, incompétent comme moi, un télégramme m'annonçant la

mort d'un individu, Bourgeot, mort enragé à Guise (Aisne), après avoir reçu les soins de M. Pasteur en temps voulu. C'est là une remarquable coïncidence. Il y a huit jours je recevais la nouvelle de la mort de Hureau, décédé à l'hôpital Saint-Antoine; aujourd'hui devant prendre ici la parole, la nouvelle d'un nouveau décès m'arrive dans des conditions analogues.

Mardi dernier j'ai cité le fait de Hureau à l'Académie, et j'en ai tiré, dans un langage que je crois académique, les conclusions que je pouvais en tirer. M. Pasteur m'a répondu que j'étais incompétent. Je ne comprends pas. Est-ce que Hureau n'est pas mort, et mort de la rage, après avoir été mordu au pouce seulement et non à la face, après avoir reçu les soins de médecins compétents et avoir été inoculé avec un liquide compétent?

Dans la proportion de 99 pour 100 ici vous êtes incompétents comme moi, car vous n'avez pas fait les mêmes expériences que M. Pasteur, je suis donc très embarrassé. Si, clinicien depuis 35 ans, je voulais faire de l'expérimentation, on pourrait à bon droit m'objecter que je suis incompétent. Alors je me préoccupe des expériences d'autrui, de celles des savants, qui, venus de tous les points de l'Europe, se sont initiés au laboratoire même de M. Pasteur. C'est M. Von Frisch, professeur de bactériologie à Vienne; Amoroso, professeur agrégé, et de Renzi, professeur titulaire à Naples, Abreu, membre de l'Académie des sciences de Lisbonne. Ces savants, supposés d'abord compétents, sont arrivés à des faits absolument différents de ceux de M. Pasteur. M. Horsley, sur un jeune homme de 29 ans, à Londres, a fait des expériences et il est arrivé à des conclusions identiques à celles de M. Pasteur. Il y a donc trois savants d'un côté et un de l'autre. Je suppose la qualité égale, je puis rester dans le doute philosophique. M. Pasteur, lui, n'hésite pas, mais au moins, si je suis incompétent dans cette matière, je suis en bonne compagnie.

Si M. Pasteur a fait ces expériences, c'était, et c'est là sa gloire dans le but d'arriver à un résultat thérapeutique. En thérapeutique, le plus vulgaire des médecins est apte à juger et là commence ma compétence; et c'est pourquoi je ne comprends pas que l'on récuse ma compétence lorsque je discute uniquement cette question thérapeutique.

Les questions de thérapeutique se jugent par des chiffres, c'est-à-dire par la diminution du chiffre de la mortalité, qu'il s'agisse de la diphthérie ou de la rage. Il y a là un critérium de sens commun, il ne s'agit pas d'avoir du génie, il suffit de savoir un peu d'arithmétique. Or il n'en est rien, le chiffre de la mortalité de l'année dernière a été identique à celui des années antérieures.

Il y a cette objection que les statistiques antérieures étaient mal

faites. Mais la rage n'est pas une maladie très fréquente : dans 35 ans de clinique hospitalière et civile, j'en ai vu deux cas. Un très grand nombre de mordus dans les conditions les plus dangereuses résistent à la rage parce que leur organisme y est réfractaire, beaucoup plus réfractaire que l'organisme du chien et du loup.

La rage étant une maladie rare, lorsqu'on voit douze cas de mort en six mois en France, on peut croire que cette maladie n'a pas diminué de fréquence. A Dunkerque où il y a beaucoup de douaniers et beaucoup de chiens, il y a eu un cas de rage en vingt-cinq ans ; il y en a eu un autre l'an dernier depuis les inoculations antirabiques.

On dit que les statistiques sont mal faites, mais la rage est une maladie assez émouvante pour que la presse s'en émeuve et pour que les préfets et sous-préfets puissent difficilement éviter de transmettre ces faits au ministère du commerce.

Des statistiques très curieuses sont celles de l'Institut Pasteur. Il y a eu beaucoup d'individus mordus et d'individus inoculés, la chose à démontrer serait que les individus ont dû aux inoculations d'être préservés de la rage.

Si, pour être sûr qu'un individu est mort de la rage, il faut absolument inoculer son bulbe, il sera absolument impossible de faire un diagnostic dans la plupart des cas.

M. Pasteur ne continue pas Jenner, il continue les inoculations d'autrefois avec tous les périls d'autrefois. Jenner prenait un virus naturel et toujours bénin, analogue et non identique à la variole. Il produisait une maladie analogue, mais non identique à la variole, préservant de la variole pour un certain temps ou pour toujours ; il avait remarqué que les trayeuses de vache qui contractent de ces pustules aux mains n'avaient pas la variole. La vaccine ne peut jamais être dangereuse, sauf dans ces cas modernes, mais tout-à-fait différents, où on peut inoculer la syphilis en même temps que le vaccin.

Autrefois, au contraire, on n'inoculait pas le vaccin, mais la variole, et un certain nombre des inoculés contractaient une variole grave et en mouraient. C'est donc par un abus de langage que l'on donne au procédé de M. Pasteur le nom de vaccination, ce sont des inoculations.

Quand on inocule contre le rouget des porcs, un certain nombre d'animaux succombent, un plus grand nombre sont protégés ; ici, la chose a relativement peu d'importance, mais il peut arriver, comme cela s'est produit à la fin de l'année dernière ou au commencement de cette année, qu'un très grand nombre de porcs meurent du virus qui devait servir à les protéger. Il y a donc toujours cette différence radicale entre les vaccinations qui ne sont pas dangereuses et les inoculations qui au contraire peuvent tuer.

Ce que M. Pasteur fait pour les inoculations antirabiques c'est de l'empirisme, ce n'est plus de la science.

M. Pasteur a inoculé par injections sous-cutanées des chiens et les a fait mordre ; quelques-uns sont devenus enragés, malgré les inoculations préventives, mais la plupart ont résisté. C'était là une expérience très remarquable. C'est alors que M. Pasteur a appliqué ces inoculations à l'homme, et qu'il a employé sur l'homme après morsure le procédé qu'il avait employé chez le chien avant morsure. M. Pasteur a conclu du chien à l'homme, et aujourd'hui il ne reconnaît pas à M. Von Frisch et à M. Abreu le droit de conclure du chien au lapin.

En même temps qu'Hureau, ont été mordus trois autres individus, sa femme et deux enfants. Hureau seul est mort, dit-on, parce qu'il était alcoolique. L'alcoolique est prédisposé, disent les Annales de l'Institut Pasteur, à devenir enragé. La surexcitation nerveuse, la crainte de même, prédisposent à contracter la rage.

La rage est une maladie du système nerveux ; elle n'a pas des maladies virulentes l'incubation, les symptômes et les lésions spécifiques.

Ainsi il y a des prédisposés à contracter la rage, et c'est ceux-là que devraient garantir les inoculations.

Le procédé d'inoculation contre la rage, qui nous a été apporté ici comme une méthode absolue, est aujourd'hui purement relatif.

On n'ose plus aujourd'hui inoculer le troisième jour la moelle d'un jour; comme le dit le rapport anglais : « Pour éviter des risques possibles, bien qu'improbables, on a dû renoncer à la méthode intensive. » Or ces risques possibles, c'est la rage, et la rage c'est la mort.

On a dit ici que le rapport de la commisson anglaise était favorable ; or ce document se termine par les conclusions suivantes : « On peut obvier à la transmission de la rage du chien au chien ou du chien à l'homme par des mesures de police suffisantes » ; on ne demande pas la création d'un institut Pasteur en Angleterre.

On vous a parlé ici de la commission anglaise, mais on ne vous a pas dit qu'à Bruxelles et à Florence, des commissions composées des médecins les plus considérables de ces villes avaient émis des conclusions défavorables.

Je me suis toujours servi, dans les discussions à l'Académie, des expressions les plus courtoises, dans la dernière séance en particulier. Or je n'ai pas été payé de retour. Je suis ici médecin, professeur à la Faculté et membre de l'Académie de médecine. A ce triple titre, j'ai droit à plus d'égards de la part de M. Pasteur et s'il con-

tinuait à manquer ici à la courtoisie qu'on se doit entre adversaires, je serais obligé de le lui rappeler d'une autre façon.

Dans ma carrière scientifique, j'ai combattu trois doctrines que je croyais erronées : le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, les ponctions trop hâtives dans le traitement des pleurésies avec épanchement, enfin les inoculations antirabiques. Les deux premières pratiques sont aujourd'hui abandonnées ; j'espère qu'il en sera bientôt de même de la troisième.

M. *Brouardel.* Une commission anglaise, composée des noms les plus illustres de l'Angleterre, a été chargée de faire un rapport sur les inoculations antirabiques. La Commission a examiné 90 personnes ; sur les 90, 8 au moins auraient dû succomber ; or elles sont toutes en vie. La Commission de retour à Londres a répété ces expériences dans le laboratoire de M. Horsley, puis a émis l'opinion la plus favorable sur la méthode de M. Pasteur.

M. Peter s'étonnait que la conclusion de ce rapport n'ait pas été la demande de création d'un institut Pasteur en Angleterre. Or les créations de ce genre sont laissées en Angleterre au soin des autorités locales.

M. Brouardel reproduit les arguments de M. Peter et étudie successivement les faits expérimentaux et cliniques de la statistique.

Les expériences de M. Von Frisch étaient mal conduites, celles de MM. de Renzi et Amoroso et celles de M. Abreu sont plus défectueuses encore.

En France et de divers côtés, des expériences confirmatives de celles de M. Pasteur ont été faites; de même en Amérique, à Naples, à Turin, à Vienne, à Londres, des expérimentateurs obtiennent les mêmes résultats que M. Pasteur. M. Brouardel estime donc que la question expérimentale est résolue en faveur de M. Pasteur.

Dans son article sur la rage, dans le dictionnaire encyclopédique, M. Brouardel n'a pas parlé, il est vrai, de la rage paralytique, cependant cette forme avait déjà été décrite par Van Swieten et de nombreux cas avaient été publiés depuis. Sur ce terrain d'ordre purement clinique, M. Peter n'a apporté aucune preuve à l'appui de ses affirmations. Il y a un grand nombre de formes de rage.

M. Peter invoque en sa faveur la statistique. Ici il additionne toutes les morts, que les individus aient été vaccinés ou non. Il met à l'actif des morts des individus étrangers venus en France pour recevoir ces inoculations. Sur 233 personnes mordues par des chiens enragés, 3 seulement sont mortes; on obtient ainsi une mortalité de 1,28 0/0; que veut-on de plus probant?

La statistique du laboratoire de M. Pasteur porte sur 943 personnes

vaccinées. Parmi ces malades, 140 ont été mordues par des chiens certainement enragés, 661 par des chiens douteux. 154 ont été mordues par des chiens fortement suspects de rage ; 2 personnes sont mortes de rage pendant le traitement, 2 autres sont mortes après le traitement. Les personnes qui succombaient avant un certain délai ne peuvent être justement mises au passif de M. Pasteur.

En se basant sur de nombreux chiffres, M. Brouardel conclut que les certificats de rage donnés par des vétérinaires sont sérieux et exacts et que, d'autre part, le traitement est réellement efficace.

M. Peter croit que les statistiques officielles sont bien faites ; or, M. Pasteur a trouvé 17 cas d'individus morts de la rage et non signalés dans les rapports préfectoraux de l'an dernier.

M. le Dr Ricochon de Champdeniers (Deux-Sèvres) a relevé pour les cinquante dernières années, dans la commune qu'il habite, 25 cas de rage dont un seul a été signalé dans les rapports officiels.

M. Peter se demande si c'est à cause de ses critiques qu'on a abandonné dans le laboratoire de M. Peter la méthode intensive. Cette méthode était abandonnée avant les critiques de M. Peter, comme avant celles de M. Von Frisch et cela pour une raison bien simple, c'est que l'hiver, les moelles devenant beaucoup plus virulentes, il fallait modérer l'intensité des inoculations.

M. Peter nous reproche nos tâtonnements ; mais il est trop clinicien pour ignorer qu'en thérapeutique, on n'arrive pas souvent directement au but et que l'on n'a pas été fixé d'emblée sur les indications du sulfate de quinine.

M. Brouardel s'étonne de voir ici traiter en accusé M. Pasteur dont les travaux jettent tant de lustre et tant de gloire sur notre pays. (Nombreux applaudissements).

M. Villemin rappelle les travaux de la commission nommée par l'Académie, il y a trois ans, pour étudier la vaccination des chiens contre la rage, commission présidée par M. Bouley et dont M. Villemin était secrétaire.

M. Charcot rappelle comment le 18 janvier le regretté Vulpian était venu défendre une méthode dont ce sera un de ses titres de gloire d'avoir l'un des premiers vu la grandeur.

On compte aujourd'hui plus de 30 personnes dont 14 appartiennent au laboratoire d'Odessa ayant été inoculées par la méthode intensive et très bien portantes.

Vulpian aurait été conduit sans doute à répéter ce qu'il disait il y a six mois et à le dire avec plus d'énergie encore. M. Charcot à son tour exprime son absolue confiance dans les travaux de M. Pasteur (Applaudissements).

Présentation d'instrument. — M. Javal présente de la part du

Dr Bull, de New-York, une règle optométrique construite au laboratoire d'ophthalmologie de la Sorbonne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — M. le professeur Sappey est nommé commandeur. M. le professeur Mathias Duval est nommé chevalier.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Notre collaborateur A. Chevallereau, oculiste de la Cie P.L.M. et délégué cantonal du XIIe arrondissement, est nommé officier d'Académie.

DIFFAMATION. — La neuvième Chambre du tribunal correctionnel, en son audience du 2 mars, a condamné à 250 fr. d'amende, 300 francs de dommages-intérêts et aux dépens M. le docteur V. A., agrégé de la Faculté de Lyon, pour injures et diffamation contre M. le docteur J. Roussel.

Dans les nos 1 et 3 de son journal, il avait violemment attaqué ce dernier comme manquant à l'honneur médical en voulant garder secrète sa méthode de traitement de la phthisie par l'Eucalyptol injectable, tandis que, tout au contraire, ce traitement était alors en pratique publique à l'hôpital Laennec dans le service de M. le professeur Ball, en vue d'une communication à l'Académie, et que les formules étaient depuis longtemps déposées en un pli cacheté et destiné à être ouvert après la communication. Ces deux publications ont eu lieu les 22 et 29 mars.

M. V. A. ayant fait appel du jugement a été condamné à nouveau par la chambre des appels correctionnels qui le 30 mars a confirmé en tous points le premier jugement. (*Concours Médical.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ASSELIN et HOUZEAU, libraires de la Faculté de médecine, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par CONSTANTIN PAUL, deuxième édition, revue et corrigée. 1 vol. in-8° de 975 pages avec 130 figures et 1 planche en cromo-lithographie. Prix : 16 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 83 Samedi 16 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Phénomènes hystériformes; attaques et anesthésie cutanée générale survenues après un outrage public,

Par le Dr Paul Berbez.

(Communication à la Société clinique de Paris.)

Réunissant, dans notre thèse inaugurale, tous les faits d'hystéro-traumatisme qui ont été spécialement étudiés par notre maître, M. Charcot, nous nous sommes efforcé de prouver que, grâce à un ébranlement violent du système nerveux, un traumatisme, même léger, pouvait amener la paralysie brusque d'un membre ou même de toute une moitié du corps. L'ébranlement nerveux dû à la peur, à l'indignation, à la colère, suffit à mettre le cerveau dans un état tel qu'un choc léger supprime, par inhibition, la motilité et la sensibilité d'une plus ou moins grande partie du corps.

Le fait que nous rapportons plus loin confirme cette manière de voir ; une femme, déprimée moralement par des chagrins de toute nature, est souffletée en public. Ce traumatisme, plus moral que physique, rend cette femme hébétée, et bientôt amène une anesthésie totale, comme cela se voit fréquemment chez les hystériques. Il est vrai de dire que cette anesthésie *n'atteint pas les sens*, *ne s'accompagne pas de rétrécissement du champ visuel*, *ni d'anesthésie des parties profondes* ; mais, enfin, il s'agit d'une obnubilation de la sensibilité cutanée ; on peut, sans provoquer de douleur, traverser la peau avec des épingles. Il s'agit d'une femme que tous les renseignements pris sur elle nous révèlent comme une femme sérieuse, n'ayant présenté jusque-là aucun symptôme hystérique.

Nous tirerions donc de ce fait les conclusions suivantes :

Le traumatisme, plus moral que physique, qui a atteint notre malade, a surpris le cerveau dans un état de réceptivité telle que ce traumatisme a agi comme auraient pu le faire, et comme le font

souvent les coups, les heurts reçus au milieu d'émotions violentes. Le cerveau a perdu son *contrôle*, pour parler comme les Anglais, et il exagère dans ses spéculations l'importance du choc éprouvé.

Quant au lien qui existe entre ces faits et les accidents hystéro-traumatiques, nous le croyons facile à voir pour tout le monde.

Paralysies émotives de Luys, paralysies hystériques spontanées ou dues au traumatisme, faits dans le genre de celui que nous citons, doivent, pensons-nous, être rapportés à des troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale, troubles dont la pathogénie nous échappe, mais qui n'en sont pas moins positifs ni moins dignes de discussion et d'examen que les troubles reposant sur les lésions matérielles les plus évidentes.

L'aliénation mentale, qui a suivi de près les accidents hystériformes, a montré, par son intensité et sa durée, combien l'altération dynamique du cerveau avait dû être profonde.

Mme Math..., âgée de 30 ans, sous-surveillante à la Salpêtrière, est entrée à l'Infirmerie générale, salle Rayer, n° 5, le 25 septembre 1886.

Antécédents. — Rien à noter du côté des ascendants. Le père et la mère, paysans alsaciens, sont morts âgés.

Un frère, qui nous a donné des renseignements, se porte bien lui-même et nous affirme que dans sa famille il n'y a jamais eu de maladies nerveuses ni de cas d'aliénation mentale, cependant, on m'a dit depuis qu'une tante était morte folle.

La malade elle-même n'a jamais eu d'affection grave dans sa jeunesse.

Elle a été réglée très régulièrement à partir de 16 ans.

Un employé de la maison, qui la connaît depuis douze ans, nous assure qu'elle n'a jamais été malade depuis le moment où, il y a douze ans, elle est entrée au service de l'Assistance publique à l'hospice La Rochefoucauld.

Elle s'est mariée, il y a sept ans, avec un homme qui l'a rendue très malheureuse. Elle a perdu un enfant qu'elle aimait beaucoup. Pour combler la mesure, il y a un an, son mari, qui l'avait abandonnée, est revenu lui voler ses économies dans le petit appartement qu'elle occupe au-dessus de la cuisine.

A la suite de tous ces malheurs, la malade, de très gaie qu'elle était, était devenue sombre et mélancolique. Elle rompit avec ses amis, et vécut seule dans sa chambre où elle courait s'enfermer dès que son service était fini Le personnel subalterne l'avait, paraît-il, prise en exécration et lui faisait une foule de tracasseries qui l'affectaient beaucoup.

Le 25 septembre, il y eut une scène violente, et la malade reçut

un soufflet devant plusieurs personnes ; il est bon de dire que ce soufflet fut administré par une supérieure hiérarchique.

Il paraît, m'ont dit les témoins oculaires de l'événement, que la malade est restée comme hébétée sous le coup, qu'elle a pâli, qu'elle a balbutié quelques mots, puis s'est tue, restant dans une sorte d'abattement.

Quelques instants après la scène, elle est remontée dans sa chambre où elle n'a pu dîner (la dispute s'était produite vers 5 heures du soir).

La malade dit qu'elle ne s'est pas couchée et qu'elle a pleuré toute la nuit.

Le lendemain matin cependant, elle semblait avoir repris son équilibre, car elle rencontra la sous-surveillante du service des hommes à qui elle raconta très naturellement l'évènement de la veille.

Arrivée dans son service, elle voulut composer le menu, comme elle le fait chaque jour, mais elle se vit dans l'impossibilité absolue d'écrire et même de fixer son attention sur aucun des mets qu'elle a l'habitude de commander.

Après une série d'efforts inutiles, elle monta de nouveau dans sa chambre où elle s'assit et passa la journée à pleurer.

Dans la soirée, la surveillante de son service la fit appeler et établit pour l'Administration la version qui lui parut la plus favorable à la sous-surveillante qui l'avait souffletée.

La malade n'opposa aucune résistance, convint que tous les torts étaient de son côté. Il paraît qu'en ce moment elle avait l'air d'agir comme dans un rêve.

Après une deuxième nuit où elle ne dormit pas plus que la nuit précédente, Mme M... devint excitée, affolée, elle ne répondit plus aux questions qu'on lui posa, parut avoir oublié le français, et se mit à délirer en allemand. On fit appeler l'interne de garde qui reçut la malade à l'infirmerie et constata qu'elle était dans l'état suivant :

Stupeur profonde, décubitus dorsal, immobilité absolue interrompue de temps à autre par des soubresauts de tout le corps.

Par instant, la malade semblait s'éveiller; elle s'asseyait sur son lit, tremblant de tous ses membres avec l'expression de la terreur la plus vive. Ses yeux étaient grands ouverts, ses pupilles étaient très dilatées.

De temps à autre, elle faisait des mouvements de défense et marmottait des mots allemands.

Quand on l'interrogeait sur la vision qui l'obsédait, elle se faisait beaucoup prier, avait l'air de comprendre avec peine ce qu'on lui voulait, et répondait, avec des gestes d'effroi, qu'elle voyait des

hommes rouges en train de jouer au bouchon et qui quittaient leur jeu pour venir la tuer.

L'hallucination prenant fin, la malade tombait dans une sorte de collapsus d'où elle sortait dix minutes environ après pour revoir la même scène, se débattre de la même façon, et arriver au même dénoûment.

L'état de collapsus n'était interrompu, outre les hallucinations, que par des mouvements très fréquents et très bruyants de déglutition. La pression sur les parotides et sur le plancher de la bouche était très douloureuse.

Quand on lui demandait avec insistance des renseignements sur les événements de la journée, elle disait toujours : « J'ai très mal agi, j'ai la tête dérangée. »

La sensibilité générale était absolument abolie dans tous ses modes, on pouvait pincer, piquer la peau, traverser même les muscles sans éveiller la moindre douleur.

L'anesthésie était moins marquée aux membres inférieurs, la sensation de chatouillement était conservée à la plante des pieds.

Anesthésie du pharynx. On put explorer avec le doigt la base de la langue, l'épiglotte et la partie supérieure du larynx sans provoquer de nausées.

On essaya de faire marcher la malade, elle semblait envahie par une asthénie très manifeste, ses jambes en marchant se prenaient l'une dans l'autre, elle titubait, ses membres supérieurs et inférieurs n'apportaient qu'une faible résistance aux mouvements provoqués. De temps à autre elle s'affaissait sur elle-même.

Le lendemain, nous vîmes nous-même la malade; cette fois, elle était camisolée, la figure rouge, les yeux congestionnés et saillants, elle ne comprenait plus rien, se mettait en garde, tout entière à son hallucination, à chaque instant le mot « geschlagen » revenait dans ses discours.

L'anesthésie de la veille était aussi complète. Nous ne pûmes, à cause de l'état d'excitation, explorer le pharynx.

On la nourrissait avec la plus grande peine. Une fois même nous avons pensé à employer la sonde œsophagienne.

Pendant dix jours, la malade resta dans cet état, mangeant à peine, ne dormant pas, troublant par ses cris le repos des autres malades. De temps à autre, cependant, elle avait des moments lucides, reconnaissait les gens.

Un jour, à la visite du matin, dix jours environ après son entrée dans le service, je la trouvai assise sur son lit, n'ayant plus la camisole et très calme. Elle me raconta alors qu'elle ne savait pas ce qui

lui était arrivé *depuis la veille*, qu'elle voyait bien qu'on l'avait mise à l'infirmerie, mais qu'elle ne savait pourquoi.

Quant à moi, qu'elle avait vu deux fois par jour depuis près de douze jours, elle se rappelait m'avoir vu *quelquefois dans les cours de la maison*.

Ce mieux s'est maintenu pendant une quinzaine de jours ; la nuit, elle avait encore quelquefois des rêves terrifiants, mais elle était assez bien pour qu'on s'occupât de lui trouver une nouvelle place. L'anesthésie avait disparu, il ne restait plus qu'une grande faiblesse.

Un jour, la malade me demanda une permission pour aller dans sa chambre. Je l'accordai naturellement. La nuit qui suivit cette sortie, il survint une agitation épouvantable. La malade grimpa sur le couronnement de son lit. On la descendit comme on put et on lui remit la camisole. L'anesthésie générale avait reparu. Depuis, Mme M... a eu des alternatives de mieux et de plus mal, des idées de suicide s'installèrent.

Un jour, on lui arracha un couteau des mains au moment où elle allait se couper la gorge.

Une autre fois, elle essaya de se jeter par la fenêtre.

Devant cette anesthésie cutanée (la sensibilité profonde et le sens musculaire n'étaient pas atteints), nous avons prié M. Parinaud d'examiner notre malade ; il ne trouve aucun rétrécissement du champ visuel.

Le pharynx était redevenu sensible.

Craignant un suicide, nous avons fait passer la malade aux aliénées.

Le jour de son départ de l'infirmerie, Mme M... eut une crise de nerfs avec étouffements, battements dans les tempes, perte de connaissance. L'attaque se termina par un arc de cercle plusieurs fois répété.

Aujourd'hui (mai 1887), la malade est guérie. On vient de lui rendre une place équivalente à celle qu'elle a perdue.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Symptomes de méningite causés par la présence d'helminthes, par le Dr *Saint-Guglielmelli* (*Gazz. d. Ospitali. b.* 87). — Nous savons déjà que la présence des vers intestinaux peut provoquer des troubles nerveux très variés. Le cas suivant est remarquable par l'analogie des symptômes avec ceux d'une méningite. Un enfant de 9 ans, très chétif, a des frissons et de la fièvre, accompagnés de vo-

missements bilieux et d'autres phénomènes nerveux. Comme l'enfant s'était exposé peu auparavant au soleil la tête nue, on rattacha à une méningite les symptômes qui survinrent : pâleur de la face, décubitus latéral et attitude recroquevillée, extension forcée de la tête, rigidité des muscles de la nuque, strabisme convergent, grincement de dents, cris fréquents et état demi-comateux; temp. 38°5, pouls petit, non fréquent. Pour combattre la constipation on donna de la santonine à l'enfant qui rendit plus de cent ascarides. Tous les symptômes disparurent et l'enfant fut guéri au bout de trois jours.

Chirurgie du Pancréas. — L'*American Journal of Medical Sciences* contient sur ce sujet un article très étendu avec les conclusions suivantes :

L'extirpation *complète* du pancréas est invariablement suivie de la mort consécutive à une blessure ou à la gangrène du duodénum.

L'excision *partielle* est possible et le liquide pancréatique au contact du péritoine ne détermine pas de péritonite, car il est rapidement absorbé.

Le détachement partiel de la portion du mésentère qui recouvre le duodénum, détachement nécessité par l'opération, n'entraîne pas la gangrène de l'intestin.

Dans toutes les opérations sur la tête du pancréas il faudra veiller surtout à maintenir l'intégrité du canal pancréatique. La ligature des diverses parties du pancréas devra précéder la section à cause des hémorrhagies abondantes qui pourraient s'en suivre.

La création d'une fistule abdominale est indiquée dans le traitement des kystes, des abcès, de la gangrène et des hémorrhagies qui atteignent l'organe.

L'excision partielle sera pratiquée chaque fois qu'il s'agira de tumeurs malignes dans lesquelles on aura lieu de supposer que le *pancréas seul* est atteint. (*Weckly medical Rewiew*, *january* 1887.)

Tuberculose verruqueuse de la peau. — *Riel* et *Paltauf* ont décrit cette forme dans les manifestations cutanées de la tuberculose, d'après des observations recueillies à la clinique de Kaposi. Quoique attaquant les personnes des deux sexes, l'affection est plus fréquente chez l'homme. Elle se montre sur le dos de l'une ou des deux mains, assez souvent aux plis de flexion des doigts ou entre ceux-ci, plus rarement sur la paume de la main ou les parties avoisinant le poignet.

Les dimensions des plaques varient de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, rondes ou ovales, elles deviennent serpigineuses par la fusion avec les plaques voisines.

Elles se développent de la périphérie qui présente les lésions les moins avancées vers l'intérieur où se trouve une couronne érythéma-

teuse qui pâlit et disparaît entièrement sous la pression; dans une deuxième zone concentrique existent quelques pustules et quelques croûtes disséminées de couleur brunâtre jaunissant par la pression. Vers le centre de la plaque la superficie est extrêmement inégale, rappelant l'aspect de la verrue, avec plusieurs sommets verticaux juxtaposés. Le point qui occupe le centre est d'habitude couvert de croûtes. Entre les sommets verruqueux sont disséminées çà et là quelques ulcérations qui, à la pression, laissent sourdre de nombreux globules de pus.

Les seuls symptômes subjectifs consistent en un sentiment de pesanteur, de compression pendant la période de développement; cette impression très tolérable est loin d'atteindre la douleur déterminée par un coup ou une contusion quelconques.

La maladie est essentiellement chronique, elle se développe avec une grande lenteur, la plaque pouvant rester stationnaire un ou deux mois avant que les parties centrales ne commencent à présenter des élevures.

Le diagnostic se fait plutôt avec l'ensemble des signes observés qu'avec l'examen de telle ou telle autre particularité anatomique.

Elle diffère du lupus par le manque de nodules rouge brun, par l'existence d'un certain degré de réaction inflammatoire, par le peu de tendance à l'ulcération et à la récidive des cicatrices.

Il est difficile de confondre cette affection avec le papillome inflammatoire simple ou les syphilides framboisées dont les symptômes sont précis et ont généralement des antécédents assez nets.

Au microscope on constatera tous les signes de l'infiltration tuberculeuse, la présence de cellules géantes et aussi le bacille caractéristique.

Le pronostic est favorable quand la maladie a pu être reconnue à temps et le traitement appliqué.

Le traitement consiste en la déchirure des plaques, après incision, et la cautérisation. Cette dernière peut se pratiquer avec la potasse caustique. Le nitrate d'argent ou l'iodoforme. La galvano-caustique a donné également de bons résultats. (*La medicina Contemporanea*, déc. 86. BOUCHER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 *mai* 1887. — *Présidence de* M. PERCHERON.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre de M. Lordereau, qui, ne

pouvant plus assister aux séances, prie la Société de vouloir bien accepter sa démission. La démission de M. le Dr Lordereau est acceptée.

M. Machelard fait l'éloge de M. Blondeau récemment décédé et qui, pendant dix-sept ans, avait été trésorier de la Société. Les marques d'approbation qui ont accueilli le discours de M. Machelard témoignent des sympathies que M. Blondeau avait su se créer parmi ses collègues et des regrets qu'il y laisse.

M. Valude fait un rapport sur la candidature de M. le Dr Réal-y-Beyro, qui est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 9 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Dr GUILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITEMENT DES RAIDEURS ARTICULAIRES (fausses ankyloses) AU MOYEN DU REDRESSEMENT FORCÉ ET DU MASSAGE, par le Dr *G. Norström.* (A. Delahaye et E. Lecrosnier, édit. Paris, 1887.)

M. Norström, en 1882, avait publié un ouvrage traitant du massage en général et dans lequel se trouvaient étudiées ses applications aux raideurs articulaires. Mais cet ouvrage, de petites dimensions, ne permettait pour chaque chapitre qu'un résumé; la monographie que nous présentons aujourd'hui est un de ces chapitres plus développé et plus étudié.

L'ankylose a de tous temps suscité des discussions, certains auteurs voulant réserver ce nom aux seules ankyloses osseuses, d'autres l'acceptant pour toute immobilisation fonctionnelle complète ou incomplète d'une articulation. L'historique des ankyloses peut se diviser en deux périodes : la première avec Hippocrate et ses successeurs pour lesquels une ankylose est comparable aux malformations congénitales et doit être considérée comme incurable, la seconde avec Fabrice de Hilden qui distingue les ankyloses en ankyloses vraies et fausses ankyloses. Puis Chélius, Cloquet, Vidal de Cassis admirent des sous-divisions, ankyloses intra-capsulaires et extra-capsulaires, lesquelles étaient membraneuses ou osseuses, etc. C'est à Lagrange et à Campenon que l'on doit la meilleure définition de l'ankylose, qu'ils eurent à étudier dans leurs thèses d'agrégation : 1° l'ankylose est complète, souvent osseuse ou périphérique ; 2° Elle est incomplète, mais très serrée ; 3° elle est incomplète, mais très lâche.

Norström pense qu'on pourrait les diviser en curables et incurables, mais admet la division de Lagrange et ne s'occupe que des *fausses ankyloses serrées ou non.*

Rejetant absolument toute étude du traitement des ankyloses par la méthode sanglante, il étudie les divers moyens de traitement employés : le redressement lent qui a été trouvé un siècle avant F. de Hilden par J. de Gersdorf, puis mis à l'ordre du jour derechef par Félix Plater, Verduin, Malgaigne ; le redressement forcé inauguré par Louvrier, qui en eut de bons résultats et dont les instruments, au dire de ses contemporains, auraient dû être relégués au Musée des horreurs, trouve un défenseur ardent dans Palasciano et surtout dans Bonnet de Lyon, dont les travaux font encore autorité.

La cause des raideurs articulaires et des lésions qui les accompagnent doit être examinée avant de prendre toute résolution thérapeutique. L'opération peut être nuisible, on voit donc avec quelle circonspection il faut agir. Les accidents de luxation ont été signalés et doivent être redoutés dans les cas d'ankylose ancienne de cause rhumatismale. Néanmoins, si on agit avec précaution et progressivement et d'après les procédés indiqués par Norström, on a pu obtenir de bons résultats.

On peut rattacher les raideurs articulaires à trois causes : le traumatisme, le rhumatisme et les phlegmasies greffées sur cet état général auquel on donne le nom de scrofule.

Les premières sont presque toujours justiciables de la méthode, à moins que le sujet ne soit prédisposé par quelque propathie, rhumatisme ou scrofule. A cela Norström ajoute les conséquences de l'immobilisation que l'on ne manque jamais de faire. (Il est facile de voir que Norström, ainsi qu'il était facile de le penser, se range parmi les ankylophobes.) L'origine traumatique n'est nullement une contre-indication, même s'il y a soudure osseuse.

Les fausses ankyloses d'origine rhumatismale présentent des variétés nombreuses et demandent plus d'attention, il faut se défier des poussées successives qui peuvent être ramenées par les efforts exercés sur l'articulation. Même attention pour les accidents, suite d'arthrite blennorrhagique. Enfin les cas les moins favorables pour maints auteurs sont ceux dépendant de l'arthrite sèche; «cependant, même dans ces cas, on obtient encore, lorsqu'on procède avec décision et persévérance, des résultats satisfaisants ».

Les fausses ankyloses scrofuleuses, les tumeurs blanches ne sont pas pour Norström évidemment tuberculeuses ; et il compare volontiers leurs fongosités à celles des trajets fistuleux dépendant d'une carie dentaire par exemple. Il admet que le traitement scientifique peut amener des poussées, des abcès, des fistules quand elle est encore

récente, et qu'il faut attendre, avant de l'employer, que la tumeur blanche soit complètement guérie]; alors seulement, par la méthode, on pourra remédier à la guérison en mauvaise position.

Les caractères généraux de la méthode paraissent rationnels. Qu'a-t-on à craindre après le redressement forcé fait sous le chloroforme, après section de tendons, de brides, récentes ou anciennes, en un ou plusieurs temps, peu importe ? De déterminer des ruptures ligamenteuses, musculaires, parfois même osseuses par arrachement ; d'amener des ecchymoses, des épanchements, etc. ; en un mot, de produire une entorse, une entorse violente. Or, quel est le meilleur procédé pour empêcher l'apparition de l'inflammation dans un article entorsé récemment, pour déterminer la rapide guérison, sinon le massage, tout le monde est d'accord à cet égard ? Aussi Norström institue-t-il le massage immédiat avec le redressement forcé, et affirme-t-il ainsi arriver à écarter et la douleur consécutive et les dangers d'une arthrite.

Les faits nombreux qu'il rapporte semblent en témoigner.

Les deux chapitres qui suivent ces principes généraux traitent de l'application de ces principes aux articulations des membres supérieurs et inférieurs. Les observations sont nombreuses, prises avec détail et expliquent, par les beaux résultats qu'elles relatent, l'enthousiasme qui anime tous ceux qui cultivent le grand art du massage.

Dr F. Verchère.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 18 au 23 juillet 1887.

Lundi 18. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Pouchet, Villejean. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Marchand, Terrillon. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Blum, Budin. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Damaschino, Rendu. — 5e examen, doctorat (1re partie), Pitié : MM. Reclus, Kirmisson, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Pitié : MM. Potain, Blachez, A. Robin.

Mardi 19. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Lutz, Blanchard, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Gueb-hard, Villejean. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Reclus, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat

(2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. G. Sée, Proust, Straus. — 5e examen, doctorat (2e partie) Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Fournier, Troisier, Hallopeau. — 1er examen de fin d'année : MM. Gariel, Pouchet, Villejean. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Duplay, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie) Charité (2e série) : MM. Le Fort, Tarnier, Richelot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Ball, Grancher, Quinquaud.

Mercredi 20. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Lutz, Guebhard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lannelongue, Remy, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Reclus, Marchand, Reynier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Blachez, Landouzy.

Jeudi 21. — 5e examen, doctorat (2e partie), Pitié (1re série) : MM. Jaccoud, Troisier, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Pitié (2e série) : MM. Grancher, Blachez, Landouzy. — 1er examen, doctorat : MM. Laboulbène, Guebhard, Villejean.

Vendredi 22. — 5e examen, doctorat (1re partie), Necker : MM. Guyon, Marchand, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (2e partie), Necker (1e série) : MM. Potain, Dieulafoy, Hanot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Necker (2e série) : MM. Peter, Ball, Joffroy. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Damaschino, Villejean. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Pinard, Blum, Terrillon. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Terrier, Reclus, Budin. — 5e examen, doctorat 2e partie) Charité : MM. Fournier, Blachez, Landouzy.

Samedi 23. — 1er examen, doctorat : MM. Laboulbène, Lutz, Villejean. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Ball, Troisier, Hallopeau. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Cornil, Proust, Hanot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (3e série) : MM. Peter, Grancher, Hutinel.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 20, à 1 heure. — M. Laumet : Éruption et suppuration. *Président* : M. Potain. — M. Debowiez : Hydatides du cœur. *Président :* M. Damaschino. — M. Stojenesco : Diagnostic des gommes. *Président :* M. Fournier. — M. Amiel : Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives. *Président* : M. Fournier. — M. Fretin : De l'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche. *Président :* M. Farabeuf. — M. Prioleau : Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique du rétrécissement généralisé des artères. *Président :* M. Le Fort.

Jeudi 21, à 1 heure. — M. Porto-Ferburu : Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique. *Président :* M. Lannelongue. — M. Lubet-Barbon : Paralysie du larynx. *Président :* M. Proust. — M. Soudée : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. *Président* : M. Proust. — M. Drouet : Analgésie chloroformique. *Président :* M. Tarnier. — M. Duriez : Étude sur le tétanos utérin. *Président* M. Tarnier.

Samedi 23, à 1 heure. — M. Durey-Comte : Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. *Président :* M. Brouardel. — M. Coutances : Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique. *Président :* M. Dieulafoy.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés : *Au grade d'officier :* M. le professeur Lannelongue, M. le professeur Duplay, M. le Dr Leroy des Barres (de St-Denis).

Au grade de chevalier : M. le Dr Tapret, médecin des hôpitaux de Paris, M. le Dr Terrillon, chirurgien des hôpitaux, M. le Dr Dechaux (de Montluçon), M. le Dr Gouël (de Paris), M. le Dr Espiau de Lamaestre (de Ville-Evrard).

L'Académie des sciences, dans sa dernière séance a nommé correspondant dans la section de médecine et de chirurgie M. le professeur Lépine (de Lyon), par 33 voix contre 4 à M. Oré et 1 à M. Bérenger-Féraud.

Bulletin de la mortalité *du* 3 *au* 9 *juillet* 1887. — Fièvre typhoïde 21 — Variole, 8. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 29. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41.

Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 49. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 46.

Bronchite aiguë et chronique, 42. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 41.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 88 .

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 12. — Sénilité, 30. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 183. — Causes inconnues, 4 .

Nombre absolu de la semaine : 942. — Résultat de la semaine précédente : 840.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 84 Mardi 19 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

De la tuberculose nasale (1),

par le Dr A. Cartaz,
Ancien interne des hôpitaux.

L'histoire des tuberculoses locales est de date relativement récente. Il y a vingt ans, on ne connaissait guère la tuberculose de la langue dont les ulcérations étaient attribuées à toute autre cause ; avant les mémoires de Julliard, d'Isambert, l'angine tuberculeuse avait échappé à l'observation médicale ou du moins des cas bien avérés de tuberculose étaient décrits et classés sous la rubrique de scrofule, syphilis, etc... Depuis la découverte du bacille de Koch, le champ des investigations s'est élargi et aujourd'hui on range, à bon droit, dans la classe des affections tuberculeuses, nombre de lésions qui paraissaient jusqu'ici en être complètement indépendantes ou ne s'y rattacher que d'une façon très indirecte. Les exemples en seraient faciles et nombreux à citer.

La muqueuse nasale n'échappe, pas plus que les autres, à l'infection tuberculeuse. La fréquence des irritations aiguës ou chroniques, des coryzas simples ou ulcéreux, semblerait devoir prédisposer en quelque sorte les cavités nasales à une localisation par inoculation. Les lésions desquamatives ou ulcéreuses, les effractions de l'épiderme ou de l'épithélium des muqueuses constituent, en effet, à n'en pas douter, des portes d'entrée pour le bacille. Cependant, la tuberculose nasale est rare, à la condition toutefois de ne pas comprendre une forme qui, à mon avis, semble s'y rattacher étroitement, mais sur la nature de laquelle existent encore de nombreuses divergences, je veux parler du lupus.

Les dermatologistes s'accordent pour la plupart, aujourd'hui, à voir dans le lupus une variété de tuberculose cutanée ; il me suffira de rappeler les travaux de Besnier, Brissaud, H. Martin, Lailler et Mathieu, pour ne citer que des noms français. Néanmoins, certains

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

auteurs veulent établir entre ces deux affections une ligne de démarcation tranchée. La question, en un mot, si elle paraît jugée pour bon nombre d'esprits, est encore discutée par d'autres; l'accord n'est pas unanime. C'est pour cette raison que j'ai laissé de côté provisoirement l'étude du lupus de la cavité nasale en tant que manifestation de tuberculose, ne m'attachant qu'à deux autres variétés, l'ulcère et la gomme ou tumeur tuberculeuse.

D'une façon générale, ai-je dit, la tuberculose nasale est rare. De prime abord, on serait porté à croire que cette rareté n'est que relative et tient à ce fait qu'à moins de circonstances bien spéciales, on examine peu les fosses nasales chez les malades atteints de phthisie pulmonaire ou laryngée ou de tuberculose d'autres organes. Mais les recherches de Willigk et de Weichselbaum ont été faites à l'amphithéâtre et c'est justement dans le dépouillement d'un chiffre important d'autopsies de tuberculeux, qu'ils ont rencontré l'un et l'autre les observations de lésion nasale. Or, les chiffres de un cas sur 476 autopsies (Willigk), 2 cas sur 164 (Weichselbaum), témoignent réellement de la rareté de cette localisation tuberculeuse.

Les documents sur cette question sont, du reste, peu nombreux. En compulsant les auteurs anciens, on ne trouve guère que cette mention assez précise de Bayle dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (Paris, 1810). En parlant des excoriations déterminées par les aphtes chez les tuberculeux, Bayle dit qu'elles « occupent assez souvent la bouche, le pharynx et même les fosses nasales des phtisiques et ne ressemblent ni aux aphtes qu'on observe dans diverses maladies aiguës fébriles, ni à ceux qui surviennent spontanément en pleine santé. Je soupçonne, ajoute-t-il, que cette affection tient à la diathèse tuberculeuse ».

La plupart des traités, ouvrages ou articles spéciaux sur les affections du nez sont muets sur l'existence de la tuberculose, réserve faite du lupus, qui n'était pas, du reste, à l'époque où ils ont été écrits, considéré comme de nature tuberculeuse. Le traité de Watson (1), les articles des dictionnaires ne mentionnent pas cette localisation. Beverley Robinson, notre ancien collègue d'internat, soupçonne, sans l'oser affirmer, que le coryza ulcéreux peut être parfois tuberculeux. « Je ne me rappelle pas, dit-il (2), avoir vu, dans les fosses nasales antérieures ou postérieures, une ulcération bien définie que je puisse appeler tuberculeuse. J'ai constaté l'affection ulcéreuse, tuberculeuse de la gorge, de la paroi pharyngée s'étendant parfois au dessus du bord libre du voile du palais ; mais là s'arrêtait

(1) Diseases of the nose, Londres, 1875.
(2) Treatise on nasal catarrh, 2e édit. New-York, 1885.

le processus ulcéreux. Plusieurs fois, cependant, j'ai vu, dans des cas avancés de phtisie pulmonaire, des croûtes épaisses, d'odeur fétide, rejetées périodiquement des fosses nasales, avec douleur et efforts et j'ai suspecté, dans ces cas, l'existence du coryza ulcéreux. Jusqu'ici, je n'ai pu contrôler mes soupçons par l'examen post mortem ».

Dans sa thèse, bien complète cependant (Paris, 1876), de Casabianca soupçonne l'existence des ulcères tuberculeux : « N'existe-t-il pas, dit-il, des ulcérations tuberculeuses de la cloison comparables à celles du larynx ? Nous posons la question ; à d'autres de la résoudre. »

La question était pourtant déjà résolue. Fraenkel, dans son article de l'encyclopédie de Ziemssen, s'exprimait ainsi : « Les ulcères tuberculeux du nez peuvent être considérés comme extrêmement rares. Je n'en ai jamais vu et il n'y en a qu'un cas dans la littérature médicale. Willigk dit qu'à l'Institut anatomo-pathologique de Prague, sur 476 cadavres de tuberculeux, il a trouvé une fois de la tuberculose de la cloison du nez ».

Willigk (1) est, en effet, le premier au moins d'après les recherches auxquelles je me suis livré, qui ait publié un cas de tuberculose nasale.

Laveran communiquait à la Société médicale des hôpitaux (2), l'année même où paraissait le travail de Fraenkel, deux observations les plus concluantes, qu'on trouvera citées plus loin.

Spillmann, dans sa thèse d'agrégation (Paris 1878), en publie, bientôt après, une nouvelle observation recueillie dans le service de Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. Riedel, la même année (3), en fait connaître deux autres cas.

Millard, en publiant un cas de tuberculose miliaire aiguë pharyngée (4), dit bien qu'à l'autopsie on a trouvé des nodules tuberculeux gros comme des grains de mil dans l'arrière-cavité des fosses nasales, mais il s'agit là plutôt d'une localisation pharyngée que de véritables ulcérations de la muqueuse du nez.

Volkmann, dans l'important travail qu'il a consacré à la tuberculose des divers organes (*Sammlung Klin. Vorträge*, n° 168), fait rentrer dans le cadre de la tuberculose nasale bon nombre de coryzas attribués jusqu'ici à la scrofule. Dans ces conditions, la tuberculose nasale ne serait plus aussi rare qu'on le pensait. Il donne le

(1) Prager Vierteljahschrift, XXXVIII, p. 4.
(2) Bull. Soc. méd. des hôpit. 1876, tome XIII, p. 394.
(3) Deut. Zeit. f. Chir., p. 56, 1878.
(4) Bull. Soc. méd. des hôp. 1881.

résultat de ses recherches sur les formes graves de l'ozène scrofuleux avec ulcérations étendues du pharynx, du voile du palais. Cette affection survient le plus souvent chez de très jeunes individus qu'on croyait autrefois affectés de syphilis congénitale. Par le grattage et par l'excision, il a pu examiner un grand nombre de fois les points malades et se convaincre qu'il s'agissait, non pas de syphilis, mais de tuberculose miliaire.

Volkmann fait, je pense, allusion à ces formes graves d'angines scrofuleuses, si bien décrites par Homolle dans sa thèse, au lupus de la gorge.

Depuis la publication de ces premiers faits, on trouve épars dans divers recueils des observations dues à Weichselbaum (1), Berthold senior (2), Sokolowski (3), Riehl (4), Tornwadt (5). Tout récemment, Max Schaeffer et Dietrich Nasse (6), ont publié un travail important sur les tumeurs tuberculeuses du nez, dans lequel ils relatent six nouveaux cas.

Je ne dois pas oublier de mentionner un bon article de E. J. Moure, de Bordeaux, dans son Manuel des maladies des fosses nasales, et j'aurai, je crois, rappelé à peu près l'historique de la question.

Le Dr Ruault (communication orale) en a observé un cas, qui n'a pas, je crois, été publié. Moi-même, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer un. C'est un total de 18 observations que j'ai pu réunir; quelques-unes sont mentionnées très sommairement. Ces observations sont peu connues; elles sont disséminées dans plusieurs recueils, j'ai cru bon de donner le résumé des principales en commençant par le cas qui m'est personnel.

Obs. I (personnelle). — X., âgé de 43 ans, employé d'administration. Père mort d'une affection pulmonaire chronique, probablement de phtisie. Marié depuis 12 ans, le malade a une fillette de 7 ans bien portante.

Il y a trois ans qu'il a commencé à tousser, à la suite d'un bain froid pris au milieu de l'automne par un temps assez mauvais. Hémoptysies peu abondantes, mais répétées trois fois dans l'espace de deux mois, il y a un an environ. A partir de ce moment, la voix s'est progressivement voilée et le malade a expectoré des crachats épais, purulents.

(1) Allg. Würtemb. med. Zeit. n° 27, 1881 et Cent. f. Chir. 1882.
(2) Berlin klin. Wochenschrift 1884, n° 40.
(3) Gazeta Lekarska, n° 15, 1885.
(4) Wiener med. Wochenschrift, n° 44, 1881 et Ann. de Dermat, 1882.
(5) Deut. Arch. f. klin. Med, XXVII, 1880.
(6) Tuberkelgeschwülste der Nose. Deut med. Wochenschrift, 14 avril 1887.

Quand je le vois pour la première fois, en avril 1886, le malade est arrivé au dernier terme de la phtisie pulmonaire. Amaigrissement considérable, sueurs nocturnes profuses, toux incessante, expectoration très abondante. La voix est éteinte, et depuis quelque temps il y a des douleurs vives dans les mouvements de déglutition.

Je trouve, en effet, tous les signes d'une phtisie avancée, cavernes aux deux sommets, râles muqueux dans toute la hauteur des deux poumons. Le larynx est aussi le siège de lésions graves; épiglotte formant un gros bourrelet d'un blanc rosé couverte d'ulcérations; tuméfaction et infiltration tuberculeuse des cartilages aryténoïdes. Ulcérations sur les cordes vocales, qui sont tuméfiées, infiltrées; sur les ligaments ary-épiglottiques.

Le malade appela alors mon attention sur de petits saignements de nez, fort peu abondants, qui survenaient quand il se mouchait un peu fort. J'examinai les fosses nasales et je trouvai du côté gauche, sur la cloison à un centimètre en arrière du méat nasal, une ulcération de la dimension d'une pièce de 20 francs, peu profonde, recouverte d'une petite croûte brunâtre. En détachant la croûte, je provoque un léger suintement sanguin. L'ulcère empiète sur le plancher pour un quart de son étendue; le fond est d'un rouge grisâtre, avec de légères saillies granuleuses, donnant l'aspect d'une plaie bourgeonnante. Le pourtour est assez bien arrondi et présente en avant une sorte de décollement de un millimètre, déchiqueté, anfractueux, tandis que le bord postérieur forme un bourrelet un peu surélevé. Sur ce point, à trois millimètres en arrière, on trouve trois à quatre petites saillies jaunâtres et autant de petites exulcérations de la dimension d'une forte tête d'épingle. La cloison n'est pas entamée; le reste de la muqueuse nasale paraît peut-être un peu plus rouge qu'à l'état normal. Rien dans la fosse nasale droite.

Le malade n'éprouve aucune douleur; il a constaté qu'il mouchait, depuis quelque temps, un peu plus souvent, qu'il rejetait dans le mouchoir quelques petites croûtes, mais il ne se serait pas inquiété de ces phénomènes sans le suintement sanguin.

En dehors du traitement général, je fis sur la plaie une insufflation d'iodoforme et je bourrai la cavité nasale avec un tampon d'ouate imbibée de glycérine et imprégnée de poudre d'iodoforme. Le pansement devait être renouvelé tous les jours.

A une seconde visite que je fis au malade quelques jours plus tard, l'ulcération avait un fond plus rose, moins grisâtre. Si le malade avait été dans un état moins précaire, j'aurais pratiqué, après badigeonnage à la cocaïne, une cautérisation au galvano-cautère. Mais le malade était mourant; il s'éteignait, en effet, deux jours plus tard.

Je ne pus faire d'examen bacillaire, en raison de la période tar-

dive à laquelle je fus appelé à voir le malade, mais les caractères de l'ulcération, la concomittance de la tuberculose laryngo-pulmonaire ne laissent pas dans mon esprit le moindre doute sur la spécificité de la lésion du nez.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Du traitement de la syphilis. — Le traitement de la syphilis a fait, dans ces derniers temps, l'objet de communications intéressantes dont quelques-unes sont encore l'objet de discussions.

Le Professeur J. Neumann (de Vienne) a cherché, dans son service, à établir la valeur du traitement préventif, voici ses conclusions : Les frictions mercurielles préventives n'empêchent pas les manifestations de la syphilis constitutionnelle, mais elles en reculent l'apparition. De plus, les ganglions ne s'engorgent pas autant et l'induration chancreuse disparaît plus rapidement, mais il semble que le traitement doive être prolongé. Neumann rejette l'expectation, car elle peut entraîner des syphilis graves ; les accidents secondaires sont étendus et se prolongent outre mesure, tandis que les malades deviennent pour leur entourage une source d'infection.

L'extirpation précoce de l'induration et des glandes lymphatiques n'a pas réussi, dans les quatre tentatives, à prévenir la maladie générale ; dans aucun cas les symptômes ne parurent atténués.

Finger admet l'extirpation de l'induration chancreuse lorsque les ganglions ne sont pas engorgés ; mais on doit se borner le plus souvent à cautériser le plus tôt possible les érosions initiales et à instituer un traitement local. Il rejette le traitement préventif et se contente de relever la constitution par les toniques.

Lorsque les accidents généraux apparaissent, Finger, repoussant le traitement expectatif, s'adresse à l'iode et au mercure qui font disparaître les accidents sans cependant guérir l'infection. L'auteur fait remarquer que les récidives ou le retour des accidents malgré un traitement mercuriel intense peut s'expliquer par ce fait que les hautes doses de médicament introduites constamment par la même voie parcourent toujours la même route pour s'éliminer, et n'arrivent que diluées dans certains organes d'où le virus épargné peut diffuser et infecter de nouveau l'organisme. Le traitement, comme l'enseigne l'expérience, doit être chronique et intermittent, en raison même de

raccoutumance ; on doit varier les méthodes d'administration du mercure afin de diffuser également le médicament et se préoccuper d'atteindre dans les ganglions les foyers de diffusion secondaire du virus.

La question du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sels insolubles de mercure, depuis longtemps à l'étude en Italie, a été reprise dans ces dernières années à la suite de modifications introduites surtout par Smirnoff en 1883. C'est en 1864 que Scarenzio (de Pavie) eut l'idée d'injecter sous la peau des syphilitiques du calomel à la vapeur en suspension d'abord dans la glycérine, plus tard dans une solution de gomme arabique. Il pensait ainsi que l'absorption du mercure se ferait mieux par sa transformation directe en sel soluble par l'action des chlorures alcalins. Les premiers essais furent encourageants, car une injection de 40 à 60 centigr. suffit pour produire la guérison dans sept cas sur huit ; le seul inconvénient de la méthode était de provoquer des abcès au siège de l'injection. L'auteur lui reconnaissait l'avantage d'une introduction rapide d'une grande quantité de médicaments dans l'économie sans porter atteinte au tube digestif et d'une absorption rapide de hautes doses propres à détruire les effets du virus. La méthode fut mise à l'étude en Italie, en Allemagne et en Autriche et l'on fut assez d'accord, sauf quelques notes discordantes, pour reconnaître que la disparition des accidents est plus rapide qu'avec les autres méthodes, que, néanmoins, les récidives peuvent survenir, enfin que le grand inconvénient de la méthode est de provoquer des abcès.

La question en était là, lorsque Smirnoff, de Helsingfors, variant les procédés, reconnut que le lieu d'élection pour ces injections était la fossette rétro-trochantérienne, caractérisée par la présence d'un tissu cellulaire sous-cutané lâche ; en outre, la région se trouve relativement à l'abri des chocs violents en raison de la profondeur du plan osseux. Pratiquées avec toutes les précautions nécessaires dans cette région, les injections ne sont presque jamais suivies d'effets fâcheux. D'après Smirnoff, on peut impunément injecter 20 centigr. de calomel toutes les fois que l'état général est bon, que la bouche et les dents sont saines, qu'il n'y a pas d'anémie. Le traitement de Scarenzio, modifié par Smirnoff, fut activement étudié en France et à l'étranger. M. Balzer substitua l'huile de vaseline à la glycérine et tenta le traitement dans un cas de syphilis secondaire rebelle. Il fit une première injection de 2 centigr. et demi de calomel et huit jours après une deuxième de 5 centigr. Les accidents avaient complètement disparu huit jours après la deuxième injection. Une inflammation, terminée par résolution, était le seul phénomène local à signaler. Les expériences suivantes confirmèrent l'efficacité de la

méthode. Ce qui semble caractériser le moyen de traitement, c'est la transformation lente mais continue du calomel insoluble en un sel soluble absorbé au fur et à mesure de sa formation. Si deux heures après l'injection on retrouve des traces de calomel dans les urines, il n'est pas moins curieux que l'on en aurait constaté encore deux ou trois ans après la cessation de toute injection, bien que trois semaines après on ne trouve plus de calomel au niveau de la piqûre. Dans ses derniers essais, M. Balzer ne fait que quatre injections de 10 centigr. chaque, à des intervalles de trois semaines. Une première série de cas lui a donné une proportion de 14 abcès sur 100; dans une dernière série, cette proportion a été réduite à 4 pour 100. En prenant certaines précautions antiseptiques, on réduit les chances de la production des abcès; il faut laver la région avec une boulette de coton imbibée de liqueur de Van Swieten et d'alcool avant l'injection, la comprimer au niveau de la piqûre que l'on obture avec un petit emplâtre de Vigo. Depuis, on a expérimenté l'oxyde jaune de mercure qui paraît moins prédisposer aux abcès. Toutefois M. Besnier fait remarquer que, même si l'on réduit à 5 le nombre des abcès pour 100 injections, 20 pour 100 des malades auront des abcès puisque chacun d'eux reçoit en moyenne quatre injections. Peut-être l'injection dans la masse musculaire expose-t-elle à moins d'accidents que l'injection hypodermique, M. Besnier préfère la première et, dans une communication récente, M. Du Castel a fait voir que l'injection de cinq centigr. d'oxyde jaune ou de calomel en plein tissu musculaire ne laisse dans la suite aucune trace d'altération malgré la réaction locale. Scarenzio préfère également l'injection dans la masse musculaire. Le seul inconvénient, d'après le professeur Gallea (Guelpa, Des injections hypodermiques des sels insolubles de mercure, *Bulletin gén. de thérap.*, 15 avril), serait de provoquer peut-être l'atrophie de la région. Il est d'ailleurs probable, comme le fait remarquer M. Balzer, que ces injections seront d'autant plus inoffensives qu'on connaîtra mieux le manuel opératoire et les précautions dont il faut s'entourer. Reste la question de savoir si le traitement par les injections de sels insolubles est supérieur aux autres traitements. On s'accorde assez généralement pour admettre que ces injections font rapidement disparaître les accidents de la période secondaire, mais elles seraient beaucoup moins actives contre les affections secondaires néoplasiques, suivant M. Besnier qui croit contre-indiqué de traiter par cette méthode les syphilis cérébrales ainsi que les malades avancés en âge, alcooliques, athéromateux. M. Besnier fait également remarquer qu'il est prématuré d'affirmer que les injections mettent à l'abri des récidives. Kopp et Chotzen établissent que la quotité des récidives s'élève à 26 pour 100 et ne

croient pas que les injections de calomel puissent empêcher complètement l'apparition des phénomènes secondaires. Dans une autre circonstance, Kopp a observé 13 récidives sur 56 malades. D'un autre côté, M. Besnier se refuse à admettre que la petite quantité de mercure injectée (40 centigr. représentant 23 centigr. de sel soluble) puisse suffire à mercurialiser l'individu pendant une ou deux années. C'est ce que tendent à infirmer les analyses faites par Landsberg à la clinique du professeur Meisser, de Breslau. L'élimination du mercure par les urines commence après l'injection pour atteindre son maximum du troisième au cinquième jour, puis on constate la présence du mercure en proportion variable pendant plusieurs semaines, après quoi la quantité diminue peu à peu et le calomel n'apparaît plus qu'à intervalles irréguliers dans les urines. Si on fait une nouvelle injection pendant que le calomel est régulièrement éliminé, cette élimination durerait seulement plus longtemps sans augmenter. Il semble donc en résumé que de nouvelles observations soient nécessaires pour établir la valeur thérapeutique et aussi les indications des injections des sels insolubles de mercure.

Avant de quitter ce sujet, rappelons que M. Martineau emploie depuis très longtemps les injections hypodermiques de sels mercuriels solubles. Il injecte une quantité de peptone hydrargyrique ammoniaque correspondant à 10 milligr. de sublimé, dans un gramme de véhicule. Ces injections pratiquées au niveau du dos dans la couche sous-hypodermique sont répétées sans inconvénient à deux ou trois jours d'intervalle. Elles possèdent une action très énergique, ne donnent jamais lieu à des accidents locaux, et n'entraînent ni stomatite, ni troubles digestifs. Ces injections mériteraient donc d'être étudiées parallèlement au moins au point de vue des effets curatifs, car elles ont cette supériorité sur les injections de calomel de ne pas entraîner d'accidents locaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

PSEUDARTHROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GUÉRIE PAR LA SUTURE AVEC UNE CHEVILLE OSSEUSE. — M. *Richelot* fait un rapport sur une observation de M. Routier relative à une pseudarthrose guérie par la suture avec une cheville osseuse. Il s'agissait d'une jeune fille de [illegible] ans, hystérique, qui avait une asymétrie de la face, avec difformité énorme et défaut de correspondance considérable entre les

deux maxillaires. M. Richelot fit une résection orthopédique du maxillaire inférieur; il enleva par la bouche un morceau d'os de 2 centimètres environ, puis ramena les deux fragments en contact par un seul fil d'argent fort. Les suites furent très simples, mais la malade indocile et ayant de fréquentes attaques d'hystérie, il se fit entre les deux fragments un cal fibreux.

C'est alors que M. Routier intervint. Il resèque le tissu fibreux, perfore les deux fragments antérieur et postérieur, et les réunit par une cheville osseuse enlevée au tibia d'un veau et rendue aseptique.

Les suites furent simples, la malade a parfaitement guéri. Elle a largement bénéficié de sa double opération qui a corrigé la difformité et lui permet de mastiquer.

M. *Magitot*. Comme cette jeune fille n'avait que 16 ans, un appareil orthopédique aurait peut-être rendu les mêmes services. J'ai obtenu avec ces appareils de très bons résultats dans des cas analogues.

M. *Richelot*. Je n'ai pas eu recours aux appareils orthopédiques qui peuvent, en effet, rendre de très grands services, parce que, dans ce cas, l'écart était trop considérable entre les deux maxillaires. Il était d'un centimètre à gauche, d'un demi-centimètre à droite.

Origine anatomique des kystes de l'ovaire. — M. *Terrillon*, se fondant sur une série d'observations, émet l'opinion que les kystes ovariens et paraovariens ont la même origine contrairement à ce qui a été admis jusqu'ici. Les kystes paraovariens récidivent toujours après la ponction contrairement à l'opinion admise par MM. Duplay et Panas. MM. Malassez et de Sinéty admettent que l'origine de ces kystes a lieu dans des ovaires surnuméraires et non dans l'organe de Rosenmuller.

M. *Quenu*. M. Terrillon veut ramener à l'unité tous les kystes de l'ovaire au point de vue étiologique au moins. Cependant il y a des différences cliniques entre les kystes ovariques et paraovariques.

Rien ne prouve que les kystes se développent dans un ovaire surnuméraire. En tous cas, on ne peut pas invoquer la même étiologie pour les kystes dermoïdes, ou bien il faut dire que tous ces kystes n'ont qu'un seul point commun, c'est de provenir tous de l'épithélioma péritonéal.

M. *Terrillon*. Il est difficile d'admettre que ces kystes se développent aux dépens de l'organe de Rosenmuller. On trouve, en effet, des kystes multiloculaires parfaits avec un petit kyste dermoïde situé entre les tumeurs kystiques; ce kyste dermoïde s'est bien développé aux dépens de l'ovaire.

Kystes hydatiques de la cavité abdominale. Frémissement hyda-

TIQUE. — M. *Bouilly* résume l'histoire clinique de la malade dont il a montré les pièces à la dernière séance, et à laquelle il a fait une laparotomie pour extraire des kystes hydatiques nombreux de la cavité abdominale.

C'est une femme de 30 ans qui fait remonter à dix-huit mois le début de sa maladie, qui eut lieu par des troubles du côté du poumon : hémoptysies, rejet de « peaux blanches ». Presque un an après ces accidents, elle entrait dans un service de médecine, présentant des symptômes qui tout d'abord firent penser à une tuberculeuse pulmonaire chronique. Mais, en examinant de plus près la malade, on découvre dans la cavité abdominale une collection liquide que l'on ponctionne et d'où l'on retire des hydatides. On fait alors le diagnostic rétrospectif, et la malade est envoyée dans un service de chirurgie.

Le ventre de cette femme est saillant, surtout dans la région sous-ombilicale, comme il le serait dans une grossesse de cinq mois. Cette tuméfaction est bosselée, faite de plusieurs masses dures et inégales ; on dirait des œufs de diverses grosseurs cachés sous la paroi abdominale.

En pratiquant le toucher on trouve l'utérus abaissé, collé contre le pubis en antéposition, et l'on sent dans le cul-de-sac de Douglas une série de tumeurs de volume variable.

Sonorité dans les flancs et au-dessus de la tumeur. Rien du côté du foie. État général bon. L'opération a été assez facile. Une incision courbe de la paroi abdominale a permis de réséquer un grand fragment d'épiploon sur lequel adhéraient quinze à vingt kystes hydatiques, puis, dans un second temps, on a énucléé ceux qui étaient situés dans la cavité de Douglas.

Cette seconde partie de l'opération a été plus difficile et, pendant les efforts faits pour déchirer les adhérences, quelques-uns des kystes se sont rompus. Chaque fois qu'un kyste était ouvert, on faisait immédiatement un lavage de la cavité abdominale avec de l'eau bouillie. L'opération a duré une demi-heure, et aujourd'hui la malade est très bien portante.

La présence dans la cavité péritonéale du liquide des kystes hydatiques a été considérée comme étant très dangereuse. Dans ce cas, bien que de nombreux kystes aient été rompus, il n'est survenu aucun accident. M. Bouilly pense que les lavages avec l'eau bouillie ont dilué le liquide des kystes et empêché l'inflammation du péritoine.

M. *Tillaux*. J'ai fait, il y a douze jours, une opération tout à fait semblable à celle de M. Bouilly. Il s'agissait d'un énorme kyste hydatique du grand épiploon dont j'avais fait le diagnostic par un

seul symptôme, le frémissement hydatique. Le frémissement se sentait en effet très nettement, mais en un seul point, au voisinage de l'ombilic.

J'ai donné une explication du frémissement hydatique, et j'ai montré que, pour que ce phénomène puisse se produire, il faut que l'on ait une poche principale contenant des hydatides pressées les unes contre les autres sans interposition d'une seule goutte de liquide. J'ai pu ici vérifier encore une fois cette explication. Mais comme il est de règle que les hydatides soient entourées de liquide, le frémissement est un symptôme que l'on observe rarement, assez rarement même pour qu'il soit nié par certains médecins.

M. *Terrillon*. J'ai enlevé un kyste hydatique du triangle de Scarpa qui avait le volume du poing et présentait très nettement le frémissement hydatique. En l'ouvrant, j'ai pu vérifier la théorie de M. Tillaux qui est parfaitement exacte. Ce kyste contenait dix à douze hydatides pressées les unes contre les autres sans la moindre goutte de liquide.

NÉCROLOGIE

Le Dr Tardif, de Saint-Junien (Haute-Vienne).

Le Dr Saisset, de Ceilhet (Hérault).

Le Dr Constant Pellarin, ancien médecin principal de la marine, chevalier de la Légion d'honneur.

Le Dr Mazery (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, *place de l'École-de-Médecine*.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome premier, fascicule II, affections chirurgicales des appareils et des systèmes. 1 vol. gr. in-8° de 370 pages, avec figures dans le texte. Prix : 6 fr. Prix du tome 1er complet, 12 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. . N° 85 Jeudi 21 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 20 *juillet* 1887.

M. le professeur Hardy a repris à l'Académie la discussion sur le surmenage intellectuel en soutenant les conclusions du rapport de M. Lagneau. Nos collégiens, dit M. Hardy, sont soumis à un régime beaucoup plus rigoureux que le reste de la population. Ils sont levés le matin avant le jour, et se livrent pendant toute la journée à un travail intellectuel auprès duquel celui de nos employés de bureau semble être une douce et longue somnolence.

Les programmes sont tellement chargés, tellement encyclopédiques, qu'au bout de huit à dix ans d'études nos enfants ont de nombreuses connaissances superficielles, mais ne savent rien à fond. Pour montrer jusqu'où peut aller l'exagération en pareille matière, M. Hardy cite un certain nombre de questions posées aux examens du baccalauréat : les candidats doivent avoir des notions sur l'opération de la cataracte, la fonction glycogénique du foie, l'anatomie du grand sympathique, et bien d'autres choses encore. Parmi les questions citées par M. Hardy, il en est un bon nombre devant lesquelles beaucoup d'étudiants, et même de docteurs en médecine, seraient fort embarrassés. Assurément, le flot de connaissances de toutes sortes qui traverse si rapidement le cerveau de nos lycéens ne peut y laisser déposer grand'chose.

M. Lancereaux, cependant, ne croit pas que le surmenage intellectuel soit chose si commune qu'on puisse le penser au premier abord. Les accidents que l'on a attribués au surmenage sont surtout dus à la sédentarité et à de mauvaises conditions hygiéniques. Demandons que les programmes soient mieux compris, soit, mais demandons surtout que nos enfants aient plus d'air, plus de lumière, une nourriture plus saine, et que l'on consacre plus de temps aux exercices physiques.

M. Lagneau, rapporteur de la commission, a résumé de nouveau

toute cette discussion. Il lira dans la prochaine séance les conclusions sur lesquelles l'Académie sera appelée à voter.

A. Ch.

De la tuberculose nasale (1) (*suite*),

par le Dr A. Cartaz,
Ancien interne des hôpitaux.

Obs. II (Besnier, in thèse de Spillmann, p. 190). Femme de 33 ans, entrée le 25 février 1878 dans le service de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. Antécédents héréditaires; elle-même a eu des hémoptysies et tousse depuis assez longtemps. Elle vient demander des soins pour deux ulcérations siégeant l'une à l'orifice de la narine gauche, l'autre à l'anus.

L'ulcération anale est la plus ancienne. Les lésions nasales n'ont apparu que depuis quatre mois ; elles occupent la narine gauche. C'est une ulcération dont la limite inférieure s'élève sur la sous-cloison, sans atteindre à proprement parler la lèvre inférieure et qui occupe surtout les parois interne et postérieure de la narine. Elle présente un fond plat, peu excavé, blanchâtre et comme gélatineux, à travers lequel émergent de petites saillies arrondies, brillantes, plus colorées que le fond. Au-dessus de cette partie qui constitue, pour ainsi dire, son étage inférieur, l'ulcération se propage sur la cloison même jusqu'à une limite qu'on ne peut préciser et continue à présenter dans cet étage supérieur les mêmes caractères objectifs. Elle est le siège d'une exsudation sanguine peu abondante, mais surtout d'une sécrétion purulente dont le produit adhère le matin à la surface de l'ulcère. Elle est douloureuse spontanément et à la pression. Un stylet pénètre librement dans les fosses nasales et ne rencontre ni dénudation osseuse, ni perforation de la cloison.

Obs. III (Laveran). S..., capitaine, âgé de 43 ans, entre au Val-de-Grâce le 3 juillet 1876. Phtisie pulmonaire avec laryngite.

A l'orifice interne de la narine droite, au niveau de la partie inférieure de la cloison du nez, on trouve sur la muqueuse nasale une ulcération à fond grisâtre, sanieux, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes environ ; les bords sont injectés, rougeâtres ; l'ulcération, qui n'est pas exactement arrondie, mais allongée, ovalaire, s'étend jusque sur la face muqueuse de l'aile droite du nez. Le malade

(1) V. *France méd.*, n° 84.

ne souffre pas de cette ulcération; les croûtes qui se forment dans la narine droite, et qui tendent à l'obstruer, nécessitent seulement de fréquents lavages. Mort le 23 août des progrès de la phtisie. Voici les résultats de l'examen histologique de la lésion nasale.

1° Ulcération de la narine droite (coupes faites dans la pièce durcie). Au niveau de l'ulcère, l'épithélium a complètement disparu; on ne trouve que du tissu embryonnaire et des fibres élastiques qui ont résisté au processus inflammatoire, mais qui sont dissociées par des éléments de nouvelle formation. Sur quelques points, on distingue des granulations tuberculeuses, petites masses granuleuses avec leurs zones de prolifération, *Riezenzellen*, etc. L'extrémité du cartilage du lobule du nez est attaquée ; les tubercules paraissent avoir érodé la substance hyaline du cartilage, puis avoir pénétré dans les capsules cartilagineuses les plus superficielles. Les bords de l'ulcération sont infiltrés de cellules embryonnaires. On distingue çà et là quelques granulations tuberculeuses. Dès qu'on s'éloigne un peu de l'ulcère, on retrouve l'épithélium intact avec les culs-de-sac qui logent les bulbes fibreux et les glandes profondes qui ne sont pas altérées.

2° Coupes faites sur la cloison des fosses nasales au-dessus de l'ulcère et comprenant toute l'épaisseur de cette cloison. La muqueuse qui tapisse le côté droit de cette cloison (côté de l'ulcération), présente un épithélium normal; les parties profondes de la muqueuse sont infiltrées, sur quelques points, d'éléments embryonnaires. Pas de tubercules bien caractérisés.

Le cartilage de la cloison n'est pas altéré, non plus que la muqueuse qui le tapisse à gauche.

Obs. IV (Laveran). L..., soldat, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Martin le 7 septembre 1872. Diagnostic, phtisie pulmonaire.

Le 6 décembre, le malade est pris d'érysipèle de la face ; en cherchant le point de départ de cet érysipèle, je constate à l'orifice de la narine droite, du côté de la cloison, l'existence d'une ulcération de la grosseur d'une pièce de vingt centimes, à fond grisâtre, à bords arrondis; le malade ne souffre pas de cette ulcération, si bien qu'il avait jugé inutile d'appeler notre attention de ce côté. L'ulcération saigne facilement quand on la touche ; on n'observe pas sur les bords des points blanchâtres ou jaunâtres, analogues à des tubercules.

L'érysipèle envahit successivement toute la face, le cuir chevelu, disparaît le 14 décembre.

20 décembre. Signes de pneumothorax. L'ulcération nasale s'accroît en superficie et en profondeur, elle saigne quelquefois.

6 janvier 1873. La dyspnée persiste. Signes d'un épanchement purulent. L'ulcération nasale fait le tour de la narine droite ; elle s'étend sur la cloison jusqu'au cartilage, qui est à découvert.

dive à laquelle je fus appelé à voir le malade, mais les caractères de l'ulcération, la concomittance de la tuberculose laryngo-pulmonaire ne laissent pas dans mon esprit le moindre doute sur la spécificité de la lésion du nez.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Du traitement de la syphilis. — Le traitement de la syphilis a fait, dans ces derniers temps, l'objet de communications intéressantes dont quelques-unes sont encore l'objet de discussions.

Le Professeur J. Neumann (de Vienne) a cherché, dans son service, à établir la valeur du traitement préventif, voici ses conclusions : Les frictions mercurielles préventives n'empêchent pas les manifestations de la syphilis constitutionnelle, mais elles en reculent l'apparition. De plus, les ganglions ne s'engorgent pas autant et l'induration chancreuse disparaît plus rapidement, mais il semble que le traitement doive être prolongé. Neumann rejette l'expectation, car elle peut entraîner des syphilis graves ; les accidents secondaires sont étendus et se prolongent outre mesure, tandis que les malades deviennent pour leur entourage une source d'infection.

L'extirpation précoce de l'induration et des glandes lymphatiques n'a pas réussi, dans les quatre tentatives, à prévenir la maladie générale ; dans aucun cas les symptômes ne parurent atténués.

Finger admet l'extirpation de l'induration chancreuse lorsque les ganglions ne sont pas engorgés ; mais on doit se borner le plus souvent à cautériser le plus tôt possible les érosions initiales et à instituer un traitement local. Il rejette le traitement préventif et se contente de relever la constitution par les toniques.

Lorsque les accidents généraux apparaissent, Finger, repoussant le traitement expectatif, s'adresse à l'iode et au mercure qui font disparaître les accidents sans cependant guérir l'infection. L'auteur fait remarquer que les récidives ou le retour des accidents malgré un traitement mercuriel intense peut s'expliquer par ce fait que les hautes doses de médicament introduites constamment par la même voie parcourent toujours la même route pour s'éliminer, et n'arrivent que diluées dans certains organes d'où le virus épargné peut diffuser et infecter de nouveau l'organisme. Le traitement, comme l'enseigne l'expérience, doit être chronique et intermittent, en raison même de

accoutumance ; on doit varier les méthodes d'administration du mercure afin de diffuser également le médicament et se préoccuper d'atteindre dans les ganglions les foyers de diffusion secondaire du virus.

La question du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sels insolubles de mercure, depuis longtemps à l'étude en Italie, a été reprise dans ces dernières années à la suite de modifications introduites surtout par Smirnoff en 1883. C'est en 1864 que Scarenzio (de Pavie) eut l'idée d'injecter sous la peau des syphilitiques du calomel à la vapeur en suspension d'abord dans la glycérine, plus tard dans une solution de gomme arabique. Il pensait ainsi que l'absorption du mercure se ferait mieux par sa transformation directe en sel soluble par l'action des chlorures alcalins. Les premiers essais furent encourageants, car une injection de 40 à 60 centigr. suffit pour produire la guérison dans sept cas sur huit ; le seul inconvénient de la méthode était de provoquer des abcès au siège de l'injection. L'auteur lui reconnaissait l'avantage d'une introduction rapide d'une grande quantité de médicaments dans l'économie sans porter atteinte au tube digestif et d'une absorption rapide de hautes doses propres à détruire les effets du virus. La méthode fut mise à l'étude en Italie, en Allemagne et en Autriche et l'on fut assez d'accord, sauf quelques notes discordantes, pour reconnaître que la disparition des accidents est plus rapide qu'avec les autres méthodes, que, néanmoins, les récidives peuvent survenir, enfin que le grand inconvénient de la méthode est de provoquer des abcès.

La question en était là, lorsque Smirnoff, de Helsingfors, variant les procédés, reconnut que le lieu d'élection pour ces injections était la fossette rétro-trochantérienne, caractérisée par la présence d'un tissu cellulaire sous-cutané lâche ; en outre, la région se trouve relativement à l'abri des chocs violents en raison de la profondeur du plan osseux. Pratiquées avec toutes les précautions nécessaires dans cette région, les injections ne sont presque jamais suivies d'effets fâcheux. D'après Smirnoff, on peut impunément injecter 20 centigr. de calomel toutes les fois que l'état général est bon, que la bouche et les dents sont saines, qu'il n'y a pas d'anémie. Le traitement de Scarenzio, modifié par Smirnoff, fut activement étudié en France et à l'étranger. M. Balzer substitua l'huile de vaseline à la glycérine et tenta le traitement dans un cas de syphilis secondaire rebelle. Il fit une première injection de 2 centigr. et demi de calomel et huit jours après une deuxième de 5 centigr. Les accidents avaient complètement disparu huit jours après la deuxième injection. Une inflammation, terminée par résolution, était le seul phénomène local à signaler. Les expériences suivantes confirmèrent l'efficacité de la

très vasculaire, renfermant une grande quantité d'éléments semblables à de grosses cellules, sans vaisseaux et apparaissant déjà à l'œil nu sous la forme de tubercules grisâtres, où manquait souvent la cellule géante centrale. La muqueuse était détruite, le cartilage infiltré de sels calcaires et rongé par le tissu de granulation. Au bout de neuf mois, nouvelles ulcérations sur la narine gauche et dans la profondeur, on enlève le reste de la cloison, mais le nez ne s'affaisse pas. L'aspect du malade était un peu cachectique, bien que les organes thoraciques ne fussent pas encore atteints.

Obs. IX (Riedel). Une femme de 55 ans, d'ailleurs bien portante, était atteinte depuis 18 mois de gonflement de plus en plus grand de la cloison avec ulcération persistante malgré les cautérisations et qui entraîna la formation d'une perforation de un centimètre de diamètre. Dans la partie excisée on voyait au microscope des glandes, les unes atrophiées, les autres dilatées avec du tubercule partout disséminé.

Obs. X (Weichselbaum). Jeune homme de 15 ans, tuberculose pulmonaire, intestinale avec foyers tuberculeux dans le foie, les reins, la rate, les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux. Ulcération de la dimension d'une lentille sur le côté droit de la cloison ; à la base, masse caséeuse.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Bloch, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté ; 2° une lettre de M. Gautier et une lettre de Mme Gassin (de Toulon), sur les vaccinations qu'ils ont pratiquées ; 3° un travail manuscrit de M. le Dr Sordes sur l'hygiène de l'enfance ; 4° une lettre de M. le professeur Lépine (de Lyon), qui se porte candidat au titre de correspondant.

Eaux minérales. — M. *Proust* lit, sur quelques demandes d'autorisation d'exploiter des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Du surmenage intellectuel. — M. *Hardy* signale la mauvaise installation des établissements universitaires : les cours sont sans air, les classes sont trop petites et éclairées au gaz, ce qui est un éclairage fâcheux. Il faudrait transporter tous ces enfants à la campagne où ils trouveraient au moins un air pur. L'expérience, d'ailleurs, a déjà parlé en faveur de cette réforme.

L'heure du lever est trop matinale ; l'enfant se rend dans une salle froide et trouve là souvent l'origine d'affections graves. Les externes, de leur côté, sont obligés de se lever tôt, vers 6 heures du matin, et de courir les rues de bonne heure par la pluie et par la neige.

Pendant toute la journée, les enfants sont astreints à un travail intellectuel pénible qui n'a rien de comparable au travail monotone et facile des employés de bureau, par exemple.

A ce travail de collège de tous les jours, il faut ajouter, à une certaine époque, le travail pour les examens ou pour entrer dans une école du gouvernement. A ce moment-ci, à la fin de l'année, tous les collégiens ont l'air fatigué.

Pourquoi faire lever les collégiens avant le jour, tandis que la grande majorité de la population se lève après le lever du soleil? C'est qu'on leur donne trop à apprendre. C'est une éducation véritablement encyclopédique, dont il faudrait élaguer beaucoup de choses qui ne leur servent à rien. M. Hardy cite un certain nombre de questions posées aux examens du baccalauréat, et prises dans les recueils officiels.

Avec toutes ces connaissances superficielles, on a des jeunes gens qui ne savent rien, et qui croient savoir beaucoup de choses. On apprend souvent trop de choses à nos enfants, aussi après huit ou dix ans d'études, ils sortent ne sachant rien ou presque rien.

M. *Lancereaux* croit que le surmenage intellectuel est beaucoup plus rare qu'il ne le semble au premier abord. Il faut attribuer moins de phénomènes fâcheux au surmenage, et beaucoup plus aux tares héréditaires et à l'encombrement.

L'accroissement rapide du corps vers l'âge de 15 à 18 ans prédispose à la tuberculose pulmonaire, surtout lorsque la nourriture n'est pas suffisante. M. Lancereaux recherche l'influence réelle de l'encombrement, de la sédentarité et du surmenage intellectuel.

L'encombrement exerce une influence néfaste évidente. La tuberculose résulte généralement de la réunion, de l'encombrement et de la sédentarité, surtout chez les jeunes gens venus de province. Dans le lycée auquel il est attaché, M. Lancereaux a fait le relevé des principales maladies observées depuis 20 ans. Dans ce lycée composé de 550 à 580 internes, dont beaucoup se préparent à l'Ecole normale ou à l'Ecole polytechnique, il y a eu un seul cas de méningite ; il y a eu sept à huit fois des hémoptysies, mais chez des jeunes gens prédisposés à la tuberculose.

Le surmenage intellectuel chez nous se rencontre plus souvent dans les pensionnats de jeunes filles que dans les lycées de garçons.

En résumé, le surmenage est chose rare. La céphalalgie est un de ses phénomènes, mais comme l'a rappelé M. Perrin, elle tient sou-

vent à l'état des yeux. Les phénomènes gastriques sont les plus communs.

Le surmenage, dégagé de tout ce qui peut le compliquer, a donc beaucoup moins d'influence que ne l'ont pensé quelques-uns des orateurs précédents ; il faut surveiller avec soin l'hygiène de nos écoles plus que l'excès de travail de nos écoliers. Il faut reconnaître que les programmes sont trop chargés, même dans les classes inférieures. En somme, il faut chercher à préserver la jeunesse de nos écoles de tout ce qui peut s'opposer à son parfait développement et faire tous nos efforts pour la rendre solide et forte.

Demandons donc aux pouvoirs publics, dit en terminant M. Lancereaux, que l'air et la lumière lui soient distribués aussi largement que possible, qu'il y ait des lois pour préserver de l'encombrement l'écolier dans son étude, aussi bien que l'ouvrier dans son atelier. Demandons que la nourriture soit conforme à l'âge et aux besoins de l'organisme, que le corps soit exercé par la gymnastique et les exercices militaires. Demandons aussi que les programmes d'études soient réduits et mis en rapport avec l'âge des élèves, mais que ces réformes utiles ne nous fassent pas oublier que le travail est un des principaux ressorts de l'hygiène, qu'il fortifie, console, moralise et conserve l'homme, et que l'enfant, c'est l'homme qui commence.

M. *Lagneau* reprend les arguments qui ont été apportés contre l'influence du surmenage intellectuel et les combat par de nombreux chiffres empruntés à des statisticiens de différents pays. D'ailleurs, M. Lagneau n'a jamais séparé la question du surmenage de la question de la sédentarité.

La distinction entre le surmenage volontaire et le surmenage involontaire n'est pas possible, parce que si à l'époque des concours et des examens les élèves se surmènent, ce n'est pas pour l'amour de la science, mais pour l'obtention de titres et de diplômes nécessaires à la carrière qu'ils veulent embrasser.

M. Lagneau demande, comme M. Rochard, que les exercices physiques soient obligatoires dans les épreuves de concours pour les écoles du gouvernement, et que ces épreuves soient jugées par des points qui comptent comme pour les épreuves intellectuelles.

M. Larrey. M. Lagneau a repris la discussion in extenso, cela nous écarte des conclusions que nous devons présenter aux ministres. M. Larrey demande donc que le rapporteur dégage ce travail de toutes les reprises, et se borne à présenter à l'Académie les conclusions qui ont été votées par la Commission.

M. le président, vu l'heure avancée, renvoie la lecture des conclusions à la prochaine séance.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour

entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national, deuxième division, et la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats dans la quatrième division.

La Commission, pour la deuxième division, classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Poincarré (de Nancy) ; en deuxième ligne M. Barrallier (de Toulon) ; en troisième ligne *ex æquo* MM. Mordret (du Mans) ; Pitres (de Bordeaux) ; Wannebroucq (de Lille) et Widal (d'Alger).

Dans la quatrième division, les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : en première ligne M. Moitessier (de Montpellier ; en deuxième ligne M. Engel (de Montpellier) ; en troisième ligne M. Barnsby (de Tours) ; en quatrième ligne M. Charpentier (de Nancy) ; en cinquième ligne M. Soubeyran (de Montpellier) ; en sixième ligne M. Lacour (d'Oran).

BIBLIOGRAPHIE

Essais de bibliographie médicale ; Conseils aux étudiants sur les recherches bibliographiques, la manière de faire sa thèse, de ranger sa bibliothèque, etc., par le Dr L.-H. *Petit*, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris, avec une préface de M. le professeur Laboulbène. Paris, G. Masson, 1887, 1 vol. in-8°.

Le champ de la médecine est si considérable qu'il n'est pas possible à un homme, si bien doué qu'il soit, d'en embrasser toutes les parties.

La plus intéressante et la moins lucrative de toutes est sans contredit la bibliographie médicale. Il faut tenir quelque peu aux bibliothèques ou les fréquenter pour voir combien ce petit coin, bien obscur, bien méconnu, a d'importance sérieuse. Ceux qui le cultivent meurent souvent à la peine, pas plus riches à la fin qu'au début de leur carrière ; mais que d'indicibles jouissances ils ont rencontrées ! que de services ils ont rendus !

Il y a une grande différence entre le bibliophile et le bibliomane, entre celui qui aime les livres pour ce qu'ils contiennent et celui qui les aime pour la date, le format, le luxe de l'édition, la reliure, etc. qui se pâme en disant :

La voilà donc ! que je suis aise !
Dieux ! c'est la bonne édition !
Voilà bien, pages neuf et seize,
Les deux fautes d'impression
Qui ne sont pas dans la mauvaise.

M. Petit, lui, aime les livres pour ce qu'ils contiennent et la bibliographie pour le plaisir qu'elle lui procure. Il sert la science à sa façon, en remontant dans le passé, ce qui lui a permis de restituer à bien des auteurs des découvertes que l'on attribuait à d'autres.

Il s'est fait *detective*, dans la bonne acception du mot, au point de vue scientifique, s'entend. Une erreur, un oubli de citation le mettent hors de lui, lui donnent la fièvre, l'empêchent de dormir. Et il n'est pas de ceux qui admettent facilement le bénéfice des circonstances atténuantes pour les larcins ou omissions bibliographiques. On a cru pendant longtemps que c'était Charles White, de Manchester, qui avait fait la première résection de l'épaule pour carie; M. Petit démontre qu'il ne faut attribuer cette première opération ni à White, ni à David, ni à Vigarous mais à Bent, chirurgien de Newcastle.

M. Petit nous conduit de surprises en surprises : il retrouve une observation de ligature du cordon en masse dans l'ablation d'un testicule devenu cancéreux, observation publiée par Chopart et perdue depuis un siècle. Il restitue à Galien, dans le traitement de l'épistaxis, un moyen thérapeutique qu'on attribuait à Fernel, etc., etc.

Le but du livre de M. Petit était de montrer comment, dans les livres, il faut rechercher des documents se rapportant à un sujet, comment il faut en extraire les idées, les faits, et les classer : c'était en outre de faire voir les graves erreurs auxquelles se laissent souvent entraîner les meilleurs auteurs et il s'est efforcé d'en indiquer les causes afin de permettre aux écrivains futurs de les éviter. Il a exposé d'une façon très utile, et *a posteriori*, la méthode qu'il suit depuis plus de dix ans, et on peut lui appliquer l'aphorisme de l'école philosophique à laquelle il appartient : *Qui scit ubi sit scientia, habenti est proximus.*

A. Corlieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 25 au 30 juillet 1887.

Lundi 25. — 2e et 3e examens, fin d'année (Officiat) : MM. Damaschino, Segond, Reynier.

Mercredi 27. — 3e examen, définitif, officier de santé (H.-D.) : MM. Pinard, Reclus, Terrillon.

Thèses pour le doctorat. — *Lundi* 25, à 1 heure. — M. Farina : Du stéréoscope comme moyen de traitement orthoptique du strabisme. *Président :* M. Trélat. — M. Rossi : Etude sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec de lièvre latéral com-

plexe de la lèvre supérieure. *Président* : M. Trélat. — M. Lansac : Recherches sur l'hémato-spermie, éjaculations sanglantes. *Président* : M. Guyon. — M. Petit : De quelques accidents de croissance. *Président :* M. Potain. — M. Guy : Bilan du traitement de la coquéluche en 1887. *Président :* M. Potain. — M. Grimadie : Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques. *Président :* M. Hayem. — M. Maréchal : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du testicule en ectopie. *Président :* M. Hayem. — M. Phelisse : Contribution à l'étude des myômes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. *Président :* M. Fournier. — M. de Holstein : Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès. *Président* : M. Fournier.

Mardi 26, à 1 heure. — M. Vanhaecke : Du traitement des sections tendineuses par la ténorrhaphie. *Président :* M. Le Fort. — M. Brugelle : Conicité physiologique du moignon. *Président* M. Le Fort. — M. Guilbaud : Des différentes méthodes de traitement du spina bifida et de l'excision en particulier. *Président :* M. Lannelongue. — M. Landouard : Une observation de myxœdème. *Président :* Peter.—M.Copin : Myélite interstitielle diffuse. *Président* :M.Proust. — M. Thomas : De la hernie inguinale de l'ovaire. *Président :* M. Proust. — M. Delaborde : Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose. *Président :* M. Jaccoud. —M. Thominet : De l'emploi du bromure de potassium dans le diabète sucré. *Président* : M. Grancher. — M. Barès : De l'ascite chez l'enfant. *Président* : M. Grancher. — M. Vétault : Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés. *Président* : M. Brouardel. — M. Gaboriau : Essai sur la pathogénie des amyotrophies. *Président* : M. Brouardel. — M. Bourgarel : Statistique des tremblements à la Salpêtrière. — Quelques considérations sur le tremblement sénile. *Président* : M. Brouardel.

NOUVELLES

L'Académie des sciences a procédé lundi 18 juillet à l'élection d'un secrétaire perpétuel, division des sciences physiques, en remplacement du regretté professeur Vulpian. 78 membres avaient le droit de prendre part au vote ; il y a eu 41 votants. M. Pasteur a eu 39 voix, contre deux bulletins blancs. M. Pasteur a donc été proclamé élu.

L'Académie a procédé ensuite à l'élection d'un correspondant national pour la section d'anatomie et physiologie. La section présentait en première ligne M. Cotteau, en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Marion et Sabatier.

M. Cotteau a été élu à la presque unanimité.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 10 juillet 1887, ont été nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique.* — MM. Damaschino et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e d'infanterie ; — Poisson, aide-naturaliste au Muséum ; — Strapart, professeur à l'École préparatoire de médecine de Reims ; — Chapplain, directeur de l'École de plein exercice de médecine de Marseille ; — Coyne, professeur à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux ; — Paquet, professeur à la Faculté mixte de Lille ; — Gayet, professeur à la Faculté mixte de Lyon ; Lemaistre, professeur à l'École préparatoire de médecine de Limoges ; Motais, ancien chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine d'Angers ; — MM. les docteurs Bélugou, à Lamalou-les-Bains ; — Hospital, à Clermont-Ferrand ; Mme Brès, docteur en médecine, à Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. Goulard, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — de Lapersonne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; — Morelle et Leroy, agrégés près la Faculté mixte de Lille ; — Cazeneuve, professeur à la Faculté mixte de Lyon ; Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Queirel, ancien suppléant à l'École de plein exercice de médecine de Marseille ; — Chevallereau, Desmarres, Le Blond, Lissonde, Maranger, Mène, Morel, Morisson, Nitot et Yvon, docteurs en médecine à Paris ; — Cunisset, professeur de physique à l'École de médecine navale de Rochefort ; — Villiers-Moriamé, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris ; — MM. les docteurs Ferry de la Bellone, à Apt ; — Gouget, à Aix ; — Laisney, à Coutances ; — Chopinet, à Crépy-en-Valois ; — Dausat, à La Bourboule ; — Dejeanne, à Bagnères-de-Bigorre ; — Doutrebente, à Blois ; — Albespy, à Rodez ; — Fournier, à Tours ; — Guillié, à Villeneuve-la-Guyard ; — Louveau, à Montmorency ; — Leclerc du Sablon, aide-naturaliste au Muséum ; — Richard, préparateur au Muséum ; — Berna et Seize, pharmaciens à Paris ; — Gourdel, pharmacien à Nanterre, et Roubaud, pharmacien à Marseille.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* Le concours s'est ouvert le lundi 11 juillet 1887.

La question donnée au candidat, M. le docteur Poirier, pour la première épreuve (composition écrite), a été : « Les veines et les sinus veineux encéphaliques. »

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 86 Samedi 23 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

L'antipyrine en injection sous-cutanée comparée et substituée à la morphine,

Par M. Germain Sée. (1)

Pour faire suite à ma communication du 18 avril 1887, sur l'antipyrine contre la douleur, j'ai l'honneur d'exposer à l'Académie les résultats obtenus par ce même médicament employé sous forme d'injections sous-cutanées, afin d'augmenter son action, et de ménager ainsi les fonctions de l'estomac. La solubilité de l'antipyrine dans l'eau distillée se prête facilement à ce mode d'emploi ; un demi gramme d'antipyrine, dissous dans autant d'eau, constitue la dose nécessaire, ce qui représente la contenance de la seringue Pravaz ; l'injection, qui se pratique comme pour la morphine, produit, après une sensation pénible de tension qui dure quelques instants, une rémission considérable de la douleur, quelle qu'en soit la cause.

En établissant la comparaison avec la morphine, on constate facilement que l'antipyrine en injection ne présente aucun des inconvénients presque constamment provoqués par la morphine, tels que les vertiges et les vomissements, qu'elle ne jette pas le malade dans la somnolence, ni dans ces excitations artificielles qui mènent à la morphinomanie, et c'est là le point le plus important, qu'elle joint à l'action calmante un pouvoir curatif, que la morphine ne possède en aucun cas.

Les faits viennent en grand nombre à l'appui de ces données. Je signalerai entre autres une série de rhumatismes articulaires aigus guéris par deux à trois injections d'un demi-gramme d'antipyrine, aidées par l'emploi prolongé de trois grammes de ce médicament pris à l'intérieur ; une goutte aiguë des plus douloureuses, divers cas de goutte chronique et de rhumatisme noueux singulièrement sou-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

lagés et favorablement modifiés par l'antipyrine employée sous ces deux formes.

Parmi les névralgies, trois tics douloureux de la face dont l'un datait de plusieurs années, trois zonas, dont l'un remontait à douze ans, des lumbagos guéris pour ainsi dire instantanément, des migraines, dont une ophthalmique. Je réserve une mention spéciale pour les ataxiques dont quelques-uns ont pu supprimer les injections si préjudiciables de morphine en pratiquant journellement une injection d'antipyrine et prenant 3 à 4 grammes de ce médicament par la voie stomacale.

Voici maintenant les données nouvelles et les applications importantes du nouveau procédé hypodermique.

Il s'agit d'abord du traitement des coliques hépatiques et néphrétiques ; en deuxième lieu, des douleurs aiguës chez les cardiaques ; en troisième lieu des dyspnées ou oppressions chez les asthmatiques et les névropathiques.

Les malades atteints de calculs biliaires sont généralement traités par les injections de morphine ; dès qu'ils éprouvent un accès de coliques hépatiques la morphine les calme, mais elle a l'inconvénient de diminuer la sécrétion biliaire et intestinale, de produire l'arrêt des matières, et de réveiller ainsi les douleurs. L'antipyrine dans un cas grave de lithiase biliaire a déterminé rapidement la cessation des douleurs sans provoquer le moindre trouble intestinal. Dans deux cas de coliques néphrétiques, le résultat favorable fut le même, ici l'avantage de l'antipyrine est d'autant plus important que la morphine a le fâcheux privilège d'arrêter la sécrétion urinaire, ce qui constitue une grave complication tandis que l'antipyrine ne modifie en rien le cours des urines.

Dans les affections douloureuses du cœur et surtout dans les angines de poitrine, les injections antipyriques peuvent et doivent être aussi substituées aux injections de morphine, dont l'effet très discutable ne s'acquiert qu'au prix de troubles profonds dans la circulation cérébrale ; nous avons à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de grands accès d'angor pectoris, dont l'intensité et le nombre ont été singulièrement réduits à l'aide d'injections d'antipyrine.

Dans une dernière catégorie d'affections morbides, dans les oppressions asthmatiques, dans les grands accès d'étouffement, l'antipyrine réussit sans supprimer la sécrétion bronchique; elle doit être réservée surtout pour les accès aigus, quand l'iodure de potassium a épuisé son action, et quand la morphine, pour agir, a exigé des doses exagérées ou répétées.

Ainsi il n'existe pour ainsi dire pas une condition morbide, où l'antipyrine ne puisse remplacer la morphine qui semblait devoir

s'imposer. Si les observations dont plusieurs collègues de l'Hôtel Dieu ont bien voulu vérifier l'exactitude sur les malades de leurs services viennent à se multiplier, nous éviterons cette fatale habitude qui tend à envahir la société, en produisant les accidents cérébraux les plus graves, les troubles les plus profonds de l'organisme, connus sous le nom de morphinomanie. Sans doute ceux qui ont cette passion ne se contenteront pas de l'antipyrine qui ne produit point les sensations et l'ivresse tant recherchée par les malades, mais elle calme à coup sûr les douleurs, elle diminue immédiatement l'excitabilité réflexe de la moelle, c'est-à-dire les douleurs vagues, générales, nervomusculaires que produit si souvent l'hystérie ou la névrose. L'antipyrine prendra désormais la place de la morphine, et deviendra le préservatif de cet empoisonnement chronique.

De la tuberculose nasale (1) (*suite*),

par le Dr A. Cartaz,

Ancien interne des hôpitaux.

Obs. XI (Weichselbaum). Femme de 62 ans. Lésions tuberculeuses du poumon, du foie, de la rate, des reins, etc. Dans la fosse nasale plusieurs tubercules mous, gris jaunâtres, du volume d'un grain de chènevis, prêts à s'ulcérer. L'examen microscopique montre, dans les deux cas, la nature tuberculeuse des lésions nasales.

Obs. XII (Berthold senior). Je n'ai pu me procurer l'original de l'observation ; dans la Berliner Klin. Woch., on ne voit que la mention de la présentation d'un malade atteint de tuberculose de la muqueuse nasale.

Les observations de Schaffer et Nasse sont au nombre de six ; je les résumerai brièvement. Toutes ont trait à la forme gommeuse de la tuberculose. Il s'agissait de véritables tumeurs qui ont nécessité une intervention opératoire.

Obs. XIII (Schäffer). Femme de 51 ans, bien portante, sans lésion du poumon ni du larynx. Otorrhée dont la malade ne se plaint pas. Une sœur morte de phtisie pulmonaire. Cette malade a déjà eu des polypes du nez. A l'examen on trouve les deux fosses nasales obstruées par des tumeurs dont une partie prend naissance sur la cloison, l'autre sur la muqueuse des cornets. Celle de la cloison est regardée comme un granulome, en raison de ses caractères ; les

---

(1) V. *France méd.*, nos 84 et 85.

autres sont des polypes muqueux. Ablation des polypes avec le serre-nœud, le granulome est également enlevé et le point d'implantation gratté avec la curette.

Le 1er octobre (3 mois après), on constate une récidive et on soupçonne la nature tuberculeuse de la néoplasie de la cloison. De décembre 1885, à la fin de janvier 1886, il se produit une perforation de la cloison, de la dimension d'une pièce de 20 marks.

Obs. XIV (Schäffer). Femme de 26 ans; sa mère est morte de tuberculose. Tumeur granuleuse du côté droit de la cloison cartilagineuse. L'amygdale droite est hypertrophiée, l'amygdale pharyngée paraît ulcérée. Pharyngite sèche. Pas de lésions laryngo-pulmonaires.

Ablation de la tumeur; cautérisation profonde au galvano-cautère. Badigeonnages ultérieurs avec la solution de permanganate de potasse à 1 0/0 (quelques gouttes dans un peu d'eau). Récidive au commencement de 1886, trois mois après l'opération. Malade perdue de vue.

Obs. XV (Schäffer). Femme de 39 ans. Bonne santé. Pas d'hérédité. Sur les deux côtés de la cloison, petites tumeurs nodulées du volume d'une noisette, En mai, ablation au galvano-cautère. En août, ulcère de la cloison à droite, ayant les dimensions d'une fève, puis perforation de la cloison.

Obs. XVI (Schäffer). Homme de 32 ans. Pas de lésions laryngo-pulmonaires. Un frère et une sœur morts de phtisie. Tumeur granuleuse de la cloison à droite.

Obs. XVII (Schäffer). Homme de 57 ans. Pas d'hérédité. Tumeur granuleuse des deux fosses nasales, développées, au dire du malade, à la suite d'une blessure sur la tête et le nez. Opération. Pas de récidive.

Obs. XVIII (Schäffer). Femme de 51 ans. Père et sœur morts de phthisie. Même genre de tumeur.

L'examen histologique dans ce dernier cas et dans l'obs. XVI, pratiqué par Dietrich Nasse, a montré les caractères d'une tumeur tuberculeuse formée par un tissu de granulations avec cellules géantes et un certain nombre de bacilles.

Je disais plus haut que la tuberculose nasale était rare ; ce chiffre peu élevé de 18 observations sur le grand nombre de lésions de tout genre des cavités du nez en donne la preuve. Est-il possible d'établir approximativement sa fréquence relative, par rapport aux autres manifestations tuberculeuses? Il faudrait, pour cela, des documents plus nombreux que ceux que l'on possède jusqu'ici. Nous voyons en

effet que Willigk en a trouvé un cas sur 476 autopsies, tandis que Weichselbaum en rencontre deux dans 164 autopsies, également de malades tuberculeux.

Fraenkel (1) a fait des recherches sur la fréquence comparée de certaines localisations de la tuberculose ; dans 50 autopsies, 29 fois l'oreille et le pharynx nasal présentaient des altérations. Huit fois l'oreille et le pharynx étaient pris simultanément, huit fois l'oreille seule, treize fois le pharynx nasal. Dans ces 50 cas, la muqueuse du nez a été trouvée intacte.

Bryvn Delaan, dans un mémoire récent sur la tuberculose buccale (2), a rassemblé 114 cas de tuberculose buccale : ces cas se répartissent ainsi :

Langue............................	51 cas
Pharynx............................	24 —
Bouche............................	22 —
Voile du palais........................	8 —
Amygdales........................	4 —
Cavité nasale........................	5 —

Ces cinq cas de tuberculose nasale ne lui sont pas personnels ; ils ont été recueillis dans la littérature médicale et doivent, je suppose, se confondre avec les faits que j'ai mentionnés.

Sur ces 18 cas, la proportion est à peu près égale entre hommes et femmes, 10 pour les premiers, contre 8 chez les femmes. L'âge est celui des manifestations tuberculeuses en général ; il oscille, dans ces observations, entre 15 et 63 ans. Presque tous les malades, sauf pour les cas de tumeur, cités par Schäffer et Nasse, avaient une tare héréditaire ; dix présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancées. La coïncidence d'angines tuberculeuses ou de tuberculose d'autres points des voies aériennes et digestives supérieures est beaucoup plus rare que je ne l'avais pensé, avant de dépouiller les observations. Dans le cas de Riehl, il existait des ulcérations des lèvres et des gencives ; chez le malade de Tornwaldt, le processus s'étendait à la partie postérieure du voile du palais. Les autres ne présentaient pas de lésions de la cavité bucco-pharyngée.

La tuberculose nasale se présente sous trois formes principales :

1° Ulcéreuse ;

2° Végétante, gomme ou granulome tuberculeux ;

3° Lupus.

J'ai dit plus haut les raisons pour lesquelles j'avais écarté de ce

(1) Zeit. f. Ohrenheilkunde, X, n° 2.
(2) New-York med. journal, 14 mai 1887.

travail la question du lupus. Le lecteur qui voudrait faire une étude comparative trouvera dans la thèse de Moinel (*Du lupus scrofuleux des fosses nasales*, thèse de Paris, 1877), et dans un excellent article du professeur Cozzolino, une bonne description clinique de cette lésion.

Dans sa thèse sur l'*ozène et les rhinites fétides*, (Paris, 1886) de Camposalles admet trois variétés :

1re variété : tuberculose miliaire, infiltrant la muqueuse, qui présente les lésions et les signes du coryza hypertrophique scrofuleux. Ce serait la forme décrite par Volkmann.

2e variété : tuberculose formée de tubercules peu nombreux, isolés, donnant tous les signes de la rhinite hypertrophique scrofuleuse ulcérée.

3e variété : ici la muqueuse n'est point hypertrophiée. Il n'y a point rhinite, ou, si elle existe, elle est légère. On remarque à la surface de la muqueuse un semis de fines granulations, jaunâtres, qui se ramollissent et donnent de petites ulcérations gris jaunâtre. La muqueuse ne paraît point altérée.

Cette division me paraît établir comme formes distinctes, de simples phases de la maladie. Suivant qu'on l'observe à la période de début, ce qui est rare, d'après la lecture des observations, ou à une période plus avancée, on aura sous les yeux une apparence un peu variable, mais se rattachant uniquement à l'évolution de la maladie.

Je trouve plus conforme à l'observation clinique la distinction en ulcères, tumeurs ou granulomes tuberculeux, et lupus. Je suis en cela d'accord avec la classification adoptée par Lailler et Mathieu (*Arch. de méd.*, juillet 1886), pour les tuberculoses cutanées. Ces auteurs les rangent en trois groupes :

1° Ulcérations proprement dites ;

2° Scrofulomes cutanés ;

3° Lupus.

Les deux variétés, ulcère et tumeur, peuvent coexister ; Weichselbaum décrit à la base de l'ulcération une masse d'apparence caséeuse. Quand le tubercule est arrivé à un certain degré de ramollissement, la petite tumeur se vide, laissant une ulcération plus ou moins large, plus ou moins profonde.

En tout cas, le début de cette affection, comme pour la plupart des tuberculoses locales, est insidieux ; il l'est d'autant plus pour le nez, qu'en raison de l'absence de douleur au début, le malade ne se tourmente guère d'un peu de sécrétion muco-purulente ou de la formation de croûtes qui s'enlèvent assez facilement. Il est rare que le médecin soit consulté dès l'origine ; la plupart du temps, la lésion est confirmée, l'ulcération déjà étendue quand le malade se décide à

demander un avis. Mais on peut saisir parfois le processus originel par l'infiltration du voisinage ; on peut trouver autour de l'ulcère le semis de granulations qui indique la propagation, l'extension de la manifestation première.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

M. *Reclus* cite un cas nouveau de pénétration de balle dans le cerveau restée sans effet pendant neuf jours. La malade est en traitement.

M. *Monod* lit un rapport sur une observation de M. Larabrie ayant pour titre : OSTÉO-MYÉLITE CHRONIQUE DU FÉMUR ; SÉQUESTRE MOBILE DANS LE FOYER OSTÉO-PHATIQUE ; HÉMORRHAGIE DE L'ARTÈRE POPLITÉE ; MORT.

L'hémorrhagie s'était produite à trois reprises successives et avait nécessité l'amputation de la cuisse. La mort eut lieu dans la soirée. On trouva l'artère poplitée ouverte ainsi qu'une autre artère située au voisinage. Un séquestre était mobile dans la poche suppurante.

M. Monod pense, suivant les conclusions de son travail ancien, que le séquestre ne joue qu'un rôle insignifiant dans l'ulcération des parois de l'artère et que le principal agent de cette ulcération est le pus qui détermine l'usure de la tunique moyenne, puis de là la dilatation passive des parois et leur rupture.

M. *Verneuil* rapporte un cas d'hémorrhagie survenue dans un abcès tuberculeux, où la tubercule avait manifestement corrodé l'artère tibiale postérieure.

M. *Lannelongue* pense que pour les abcès tuberculeux cela ne fait pas de doute ; la matière tuberculeuse est susceptible de corroder et de perforer l'artère ; mais pour les foyers purulents d'une autre nature, pour les phlegmons et surtout les anciennes ostéo-myélites, c'est autre chose. Ici, le pus à lui tout seul ne peut rien et les anciens chirurgiens et Nélaton sont très affirmatifs dans ce sens. Il faut que l'ulcération vienne d'une autre source, du contact d'un séquestre en liberté, ou d'aspérités osseuses telles qu'en présentent les foyers anciens d'ostéo-myélite.

M. *Trélat* se range entièrement à cette manière de voir et cite deux cas de sa pratique en appoint à la discussion.

M. *Monod* rappelle que dans le cas de M. Larabrie, l'artère poplitée flottait dans le pus depuis quinze années et que son altération était possible à la longue.

M. *Le Dentu* mentionne des faits où l'artérite ulcéreuse se peut voir dans des abcès aigus et évolue rapidement. Ces cas appartiennent tous à des maladies infectieuses, ce sont des phlegmons amygdaliens ou des abcès consécutifs à la scarlatine.

M. *Lannelongue* donne à ces abcès une origine virulente et les suppose capables, pour cette raison, d'occasionner la perforation des parois des artères.

M. *Verneuil* présente une petite malade à laquelle il a pratiqué, pour une tumeur blanche du cou-de-pied, l'extirpation isolée de l'astragale. La guérison se fit bien ; mais elle a été heureusement hâtée par l'envoi de la petite malade à Berck-sur-Mer.

M. Verneuil exprime le vœu que la Société de chirurgie prenne l'initiative d'une demande à l'Administration, dans le but de faciliter l'envoi à la mer des malades convalescents.

M. *Trélat* appuie cette proposition et demande qu'on envoie également les malades à Salies de Béarn.

M. *Lucas-Championnière* pense que l'extirpation de l'astragale est une opération qui donne de moins bons résultats que la résection totale tibio-tarsienne. Il reste en pareil cas un varus toujours notable.

M. *Pozzi* présente une tumeur fibro-kystique de l'utérus qu'il considère comme le premier stade des grands kystes utérins.

M. *Quénu* a enlevé une tumeur semblable dans le service de M. Terrier, mais il pense qu'il s'agit là d'une maladie spéciale et non d'une lésion initiale de la tumeur kystique.

M. *Terrier* a été obligé de réopérer la malade déjà opérée par M. Quénu ; cette récidive est la preuve qu'il s'agit là d'autre chose que d'une tumeur kystique. C'est une infiltration œdémateuse des parois de l'utérus.

M. *Bouiller* présente une malade guérie d'empyème, par l'opération d'Estlander.

Élections : M. *Nélaton* est élu membre titulaire.

La séance est levée.

P. Bazy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des thèses du 25 au 30 juillet 1887.

Mercredi 27, à 1 heure. — M. BICORRE : Considérations sur les épilepsies partielles. *Président* : M. Fournier. — M. SCHRŒDER : Contribution à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire. *Président :* M. Fournier. — M. ENJALERAN : Étude anatomique et clinique de la glande de Luschka (angine de Thornwaldt). *Président* : M. Fournier. — M. FILIBILIN : Contribution à l'étude de la folie chez les enfants : *Président* : M. Damaschino. — M. FOURNIER : Du traitement des métrites chroniques. *Président* : M. Damaschino. — M. AUBEL : Contribution à l'étude de la pathogénie du diabète. *Président* : M. Hayem.

Jeudi 28, à 1 heure. — M. BLAINE : Impulsions. — Amnésies. — Responsabilité chez les aliénés. *Président* : M. Brouardel. — M. VOLLIER : Étude clinique sur les péricardites sèches de la base. *Président* : M. Brouardel. — M. HEFTLER : Étude sur les relations de la phtisie pulmonaire avec les maladies du cœur. *Président* : M. Brouardel. — M. CHAZEAUD : Étude clinique sur le morrhuol. *Président :* M. Brouardel. — M. ABRIAL : Contribution à l'étude des abcès miliaires du rein dans la fièvre typhoïde. *Président :* M. Jaccoud. — M. HAMON : Contribution à l'étude des céphalématomes. *Président* : M. Tarnier. — M. BORDES : Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches. *Président :* M. Tarnier. — M. JANIN : Des causes de la mort dans la paralysie générale. *Président :* M. Ball. — M. CACARRIÉ : Essai sur les amnésies toxiques. *Président* : M. Ball. — M. SAINTE-MARIE : Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. *Président :* M. Proust. — M. RAYNEAUD : Contribution à l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse. *Président :* M. Le Fort. — M. COUTENOT : Des angiomes de la langue. *Président* M. Le Fort. — M. MALET : Contribution à l'étude des abcès pulsatiles de la région précordiale. *Président :* M. Le Fort. — M. YGOUF : Essai sur la rage paralytique. *Président :* M. Damaschino. — M. PERSILLARD : Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler. *Président* : M. Trélat. — M. LOMBARD : Recherches sur les propriétés du salol. *Président :* M. Trélat.

Vendredi 29, à 1 heure. — M. WEBER : Une ovarite scléreuse. *Président :* M. Damaschino. — M. VINERTA : Essai sur les relations de la phtisie pulmonaire avec quelques maladies aiguës. *Président :* M. Damaschino. — M. MAVRIKOS : De l'érysipèle chez les nouveau-nés. *Président* : M. Damaschino. — M. LACOSTE : Contribution à

l'étude de la maladie de Perkinson (de quelques formes anormales). *Président* : M. Damaschino. — M. Sourice : La maladie kystique de la mamelle (maladie de Reclus). *Président* : M. Fournier. — M. Bargy : Contribution à l'étude clinique des ostéosarcomes. *Président* : M. Fournier. — M. Duchesne : De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique. *Président* : M. Potain. — M. Caravias : Étude sur les vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique. *Président* : M. Potain. — M. Cédie : Traitement des loupes. *Président* : M. Guyon.

Samedi 30, à 1 heure. — M. Rojas : Contribution à l'étude du diabète sucré chez l'enfant. *Président* : M. Grancher. — M. Suzor : La rage. *Président* : M. Grancher. — M. Hommey : Contribution à l'étude anatomique des kystes du rein. *Président* : M. Cornil.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Pailloux (de Saint-Ambreuil), décédé dans sa quatre-vingt-sixième année et Clopin (de Saint-Jean-de-Losne).

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien du bureau central.* — Le concours s'est terminé lundi. Sont nommés : MM. les docteurs Tuffier et Picqué.

Amphithéatre d'anatomie des hopitaux. — Le registre d'inscription des candidats à la place vacante de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, dont le concours doit s'ouvrir le 3 août prochain, est clos. Les candidats, au nombre de trois sont : MM. Demoulin, Sebileau et Thiéry.

Les membres du jury sont : MM. les docteurs Tillaux, Péan, Désormeaux, Panas, Perrier, E. Moutard-Martin et Legroux.

Faculté de médecine de Paris. — La question donnée pour l'épreuve orale d'anatomie descriptive du concours pour la nomination à la place de chef des travaux anatomiques — épreuve de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation — a été : « Les muscles peauciers de la face. »

La troisième épreuve — épreuve d'histologie et de dissection — a eu lieu mercredi, à l'Ecole pratique.

Quant à la remise des pièces sèches dont le sujet a été donné mercredi dernier, elle est fixée au 10 octobre 1887, à trois heures du soir. Les

pièces à préparer sont : « Les lymphatiques intrapelviens des organes génitaux de la femme. » Le jury se réunira le surlendemain, 12 octobre 1887, à trois heures, pour l'examen de ces pièces et la nomination.

LÉGION D'HONNEUR. — Parmi les noms des confrères décorés à l'occasion du 14 juillet, nous avons omis celui du Dr Gibert, de Paris. Cette omission serait d'autant plus regrettable que ce digne et excellent confrère méritait depuis bien longtemps déjà de porter la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 9 juillet 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe* : M. le médecin aide-major de deuxième classe Garand, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne ;

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Tournadre, Maltrait, Giraud, Cohadon, Ruelle, Manissolle, Chassagnette, Brisson, Boyer et Guérin.

— Par décret, en date du 12 juillet 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe* M. le médecin-major de deuxième classe Bailly.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe* : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Delaut, Dunoyer et Larmaraud.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. le médecin aide-major de prsmière classe Roussel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bouquerot, Picou, Bataille, Leblanc, Carnat, Thomas, Bollard, Dujol, Joal, Ahond, Peyrot, Reignier, Bois, Pouget, Bourlet, Geoffray, Besson, Gervais, Béal, Hugon, Dulac, Perrin, Nodet, de Brinon, Delome, Auboyer, Cassin, Coiffier, Tessier, Reynaud, Barrès et Nicolas.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Mercier et Tardivi.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe* : M. le médecin aide-major de deuxième classe Pomme.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe* : M. le médecin aide-major de deuxième classe Lannegrâce, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont promus au grade de médecin-principal MM. les Drs Roux et Doré.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.—Par arrêté ministériel en date du 13 juillet 1887, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. Gardet, médecin cantonal à Saint-Pierre d'Argençon.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Pasqualini, à Marseille ; — Gascuel, interne intérimaire à l'hôpital Sainte-Marthe à Avignon.

— Par arrêté ministériel, M. Ferrer, pharmacien à Perpignan, a été promu officier du Mérite agricole.

— Par arrêté ministériel, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux personnes dont les noms suivent : MM. les docteurs Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert ; — Ribes, à Guchen ; — Sauria, à Saint-Lothain ; — Gourdan-Fromentel, à Gray.

— Par arrêté préfectoral, en date du 13 juillet 1887, M. Capgrand-Mothes, président honoraire de la Chambre syndicale des pharmaciens de première classe du département de la Seine, est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du IX[e] arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Marjolin, démissionnaire.

COMPAGNIE GÉNÉRALE TRANSATLANTIQUE. — *Congrès de Washington.* — Nous recevons la lettre suivante :

12 juillet 1887.

Très honoré confrère,

Une note qui a dû vous être adressée vous a fait connaître que la Compagnie générale transatlantique accordait aux médecins se rendant au Congrès de Washington une réduction de 30 0/0 sur le prix du passage du Havre à New-York.

La Compagnie, ayant des engagements vis-à-vis des passagers porteurs de billets de retour, est nécessairement obligée de limiter les places qu'elle offre aux médecins.

J'ai donc l'honneur d'informer officiellement vos lecteurs, que la Compagnie réservera aux médecins français 10 places au prix réduit de 30 0/0 sur chacun de ses paquebots partant du Havre le 30 juillet et les 6, 13, 20 et 27 août.

Vous comprendrez dès lors toute l'importance qu'il y a pour nos confrères à choisir dès maintenant la date de leur départ et à en informer la Compagnie (6, rue Auber).

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués. A. LUTAUD,

Médecin du personnel de la Compagnie transatlantique à Paris.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 10 *au* 16 *juillet* 1887. — Fièvre typhoïde 24 — Variole, 10. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 25. — Phthisie pulmonaire, 157. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54.

Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 37. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 42.

Bronchite aiguë et chronique, 34. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 57.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 92.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 37. — Autres causes de mort, 160. — Causes inconnues, 5.

Nombre absolu de la semaine : 894. — Résultat de la semaine précédente : 942.

Le Propriétaire-Gérant : D[r] E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 87 Mardi 26 Juillet 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Sur la structure & la signification morphologique du corps vitré,

Par M. E. Hache (1).

On sait depuis longtemps que le corps vitré est formé d'un liquide de composition connue et d'une substance solide sur la nature et la disposition de laquelle ont encore cours les hypothèses les plus contradictoires.

Des recherches faites au laboratoire de M. le professeur Ranvier, il résulte que :

1° *La partie solide du corps vitré est une substance essentiellement hygrométrique.*

Pour le démontrer, un corps vitré de mouton est placé pendant 24 heures dans la gomme puis dans l'alcool fort. Il perd son eau de constitution, se trouve réduit à une plaque de 1/4 de millim. d'épaisseur et peut être débité en coupes minces.

Examinées dans l'alcool, ces coupes ont un aspect fibreux des plus manifestes ; placées dans l'eau elles se gonflent considérablement et leur diamètre transversal atteint rapidement 5, 10 millim. et plus. En même temps le tissu perd son aspect fibreux et devient transparent et gélatineux.

Me basant sur le fait, mis en évidence par M. Ranvier, que la structure fibrillaire de la cornée est rendue difficile à observer par l'hygrométrie des éléments constituants de cette membrane, j'ai pensé qu'il pouvait en être de même pour le corps vitré et que la structure de cet organe était masquée par l'hygrométricité si prononcée de la substance solide.

A l'aide de l'acide osmique qui a le pouvoir de détruire cette propriété j'ai pu constater que :

(1) Communication à l'Académie des sciences.

2° *La substance solide forme un système de lames connectives anastomosées.*

En effet, un corps de mouton est mis pendant 24 heures dans une solution d'acide osmique à 1/50, puis dans la gomme et l'alcool fort. Les coupes reçues dans l'eau ne se gonflent plus (l'acide osmique a détruit l'hygrométricité) ; elles ont un aspect fibreux très net et en les comprimant légèrement elles se réduisent en un grand nombre de minces lames homogènes anastomosées.

Ces lames transparentes sont formées de substance conjonctive amorphe, analogue à celle qui réunit les faisceaux connectifs de certaines membranes, analogue aussi à la substance des gaines lamelleuses des nerfs.

En résumé le corps vitré, chez l'adulte, est constitué par des lames connectives anastomosées, ne limitant pas des alvéoles comme l'ont cru certains auteurs, mais jouissant de la propriété de s'imbiber de liquide et de se gonfler au point de se juxtaposer exactement de manière à perdre, pour ainsi dire, leur individualité, et à former un tout homogène, gélatineux et transparent.

Enfin il résulte encore de ces faits que le *corps vitré est une gaine lamelleuse modifiée*, annexée à la lame interne de la vésicule optique secondaire de même que la choroïde, sur la structure lamelleuse de laquelle j'ai insisté dans une note précédente, est une gaine annexée à la lame externe de la vésicule optique secondaire.

De là, l'origine embryogénique commune de ces deux organes et leur rôle identique pendant le développement de l'œil.

Les modifications qui surviennent plus tard dans la gaine de la lame interne de la vésicule optique (disparition des vaisseaux et des éléments cellulaires, apparition de l'hygrométricité des lames) ont pour but de rendre transparent un organe qui doit être traversé par les rayons destinés à la rétine.

De la tuberculose nasale (1) (*suite et fin*),

par le Dr A. Cartaz,
Ancien interne des hôpitaux.

Cette ulcération, assez ordinairement unique, siège sur la cloison, à peu de distance du méat nasal, un centimètre à un centimètre et demi ; parfois elle est tout à fait à l'entrée des narines, mais elle se continue sur la lèvre, formant alors une ulcération plutôt cutanée que

(1) V. *France méd.*, nos 84, 85 et 86.

muqueuse, ou ayant toutefois ce caractère mixte, d'être cutanéo-muqueuse, comme à la commissure labiale, au pourtour de l'anus ou à l'orifice vulvaire. En même temps que la cloison, elle s'étend sur la muqueuse du plancher des fosses nasales, et il semble que ce soit dans le sillon formé par l'union de ces deux parois, horizontale et verticale, que se forme la première effraction de la muqueuse. Cette localisation sur la cloison n'a du reste rien de spécial à la tuberculose; la plupart des ulcères d'origine professionnelle s'observent également sur ce point.

Cet ulcère offre les caractères propres aux ulcérations tuberculeuses des autres muqueuses ; d'une étendue qui varie d'une pièce de cinquante centimes à un franc, il a une forme plus ou moins arrondie, ovalaire, un peu allongée. Le fonds est d'un gris rougeâtre pâle ; recouvert par un peu de muco-pus plus ou moins visqueux et coloré ; des amas caséeux sont fixés sur certaines anfractuosités de l'ulcère, tandis que sur d'autres se voient en relief de fines granulations grisâtres, représentant des tubercules miliaires non encore ramollis (Riehl). D'autres fois, le fond est plat, peu excavé, blanchâtre et comme gélatineux, et de ce fond émergent de petites saillies, arrondies, brillantes, plus colorées (Besnier).

Les bords de l'ulcération sont tantôt saillants, formant parfois un léger bourrelet rougeâtre, tantôt franchement déchiquetés et constitués par de petites excavations, des dentelures donnant l'aspect du chancre mou. A la périphérie, on peut voir un semis de petits points gris jaunâtre, tubercules en voie d'évolution, qui s'exulcèrent et donnent naissance à de petites ulcérations minuscules, qui représentent évidemment la première phase de l'affection. Ces granulations jaunâtres sont identiques à celles que Trélat, Julliard, ont décrites sur la langue, et leur présence, à défaut d'autres signes, a une grande importance pour le diagnostic. Dans le cas que j'ai observé, toute la demi-circonférence postérieure de l'ulcération était entourée d'une auréole formée par places de ces granulations, les unes saillantes, de la grosseur d'une tête d'épingle, les autres ulcérées.

La muqueuse est presque toujours, à la périphérie de l'ulcère, un peu plus rouge et plus ou moins tuméfiée. Sur les cornets mêmes, elle est plus colorée qu'à l'ordinaire. Tornwaldt l'a trouvée gonflée, hyperplasiée, et cette tuméfaction s'étend parfois jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales.

Le pharynx, quand il n'existe pas de lésions en arrière des fosses nasales, présente sa coloration habituelle ; il est quelquefois un peu plus rouge, mais sans offrir rien de bien anormal.

Extérieurement, la peau du nez a ses caractères habituels.

La sécrétion muco-purulente et légèrement sanguine se coagule,

adhère à la surface de l'ulcère sous forme de croûtes peu épaisses. Il est rare d'observer un véritable suintement sanguin. C'est en détachant les croûtes, par le grattage, ou en se mouchant, qu'il se produit une excoriation superficielle, et l'écoulement de quelques gouttes de sang. C'est un phénomène de ce genre qui attira l'attention de mon malade, qui n'avait jamais pris garde à cette lésion auparavant.

La douleur est en général nulle ou peu marquée ; dans le cas cité par Besnier, il y avait spontanément un peu de sensibilité. A la langue, au pharynx, ce sont les mouvements de déglutition, le passage de la salive ou des matières alimentaires qui irritent les parties ulcérées et provoquent les sensations douloureuses. Pour le nez, il n'y a rien de semblable, et les malades ne se plaignent pas en général de bien vives douleurs.

En dehors donc des signes fournis par l'examen de l'ulcère, d'un peu de sécrétion, de la gêne provoquée parfois (Laveran) par l'accumulation de croûtes, l'affection ne se trahit par aucun signe bien particulier.

Il n'en est pas de même de la deuxième forme où la tuberculose se présente sous l'aspect d'une véritable tumeur, arrivant par son volume à obstruer partiellement la cavité nasale. C'est cette variété qu'ont observée Kœnig, Riedel et Schäffer. Le malade se présente pour un embarras de la respiration, de l'enchifrènement; il a observé depuis quelque temps un écoulement un peu abondant par le nez d'abord aqueux, puis purulent, parfois teinté de sang, amené par le détachement des croûtes, et c'est après un certain temps que surviennent les phénomènes d'obstruction, un sentiment de gêne, rarement des douleurs locales ou irradiées.

Dans tous les cas, la tumeur avait pris naissance à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, pour s'étendre ensuite en arrière. D'une couleur rouge pâle, la tumeur présente une surface irrégulière, granuleuse, légèrement bosselée, atteignant le volume d'une noix (5 cent. sur 2 dans un cas de Schäffer) offrant l'apparence d'une framboise. Au toucher, elle saigne facilement ; sa consistance est, en effet, molle, presque friable. A la surface, on peut voir dans certains cas une ulcération plus ou moins profonde atteignant parfois jusqu'au cartilage. Schäffer pense que ces tumeurs prennent toujours naissance sur la cloison.

Des six malades dont il publie l'histoire, deux étaient atteints de phtisie, deux autres ne présentaient aucune lésion pulmonaire, mais avaient des antécédents héréditaires; les deux derniers étaient indemnes de toute hérédité et n'avaient aucune autre lésion. Détail à noter, qui montre la différence que l'on peut établir avec les

formes lupeuses, il n'existait pas de lupus ni sur la peau du nez, ni sur la muqueuse nasale:

On conçoit que dans ces cas de localisation bien nette, l'éradication de la tumeur, la cautérisation, la destruction du foyer puissent donner des chances de guérison radicale. Aussi, Schäffer estime-t-il que le pronostic n'est pas aussi fâcheux qu'on pourrait le croire.

Comment sont constituées ces tumeurs? Kœnig, dans la discussion soulevée au XIV[e] congrès de chirurgie allemande à propos de la communication de Volkmann, disait qu'il existait, en dehors de la forme décrite par Volkmann, d'ozène tuberculeux, une autre variété, le fibrome tuberculeux qui ressemble à un polype muqueux, mais qui est constitué par du tissu lamineux fibreux parsemé de tubercules.

Dans les observations de Schäffer, l'examen histologique, fait par Dietrich Nasse, a montré que les tumeurs examinées dans deux cas sur six, étaient formées d'un tissu de granulation très vasculaire dans lequel on trouvait des tubercules miliaires et des bacilles de Koch. La nature spécifique de la lésion ne saurait donc faire de doute.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer personnellement cette variété de tuberculose ; aussi me bornerai-je à ces indications générales.

Le diagnostic de la tuberculose nasale serait assez délicat. Si les lésions de l'appareil laryngo-pulmonaire ne venaient éclairer sur la nature de la lésion. On ne trouve pas, en effet, toujours sur le fond de l'ulcère ou à son voisinage ce semis de granulations jaunâtres, de tubercules miliaires qui forment un symptôme caractéristique. Il est juste de dire qu'il n'existe pas jusqu'ici d'observation de localisation tuberculeuse dans le nez sous forme d'ulcère sans qu'il y eût, du côté de l'appareil respiratoire des manifestations antérieures et des lésions déjà avancées.

La syphilis, à la période primaire, est fort rare dans le nez ; à la période secondaire, des lésions suffisamment caractéristiques pour en être facilement distinguée. Les lésions tertiaires, à leur début, pourraient simuler une ulcération tuberculeuse ; mais elles siègent en général plus profondément sur la cloison osseuse ou la région ethmoïdale, leur marche est plus rapide, et il sera rare de ne pas retrouver dans les antécédents l'histoire ou les traces des accidents primitifs. Le traitement spécifique, ioduré ou ioduré hydrargyrique jugerait la question.

Toutes les ulcérations, de quelque nature qu'elles soient, n'ont pas, du reste, à leur début, quand elles sont de très petite étendue, de caractères bien définis. J'ai dit qu'on assistait rarement à l'origine de l'ulcère tuberculeux, et que dans les cas où on avait pu

voir, au pourtour de l'ulcère principal, d'autres petites destructions de la muqueuse, elles provenaient de l'ulcération d'une granulation tuberculeuse, d'un de ces points gris jaunâtre. Les rhinites scrofuleuses, en dehors du lupus ou des altérations étendues qui, par parenthèse, se rattachent souvent à la syphilis héréditaire, les rhinites, dis-je, offrent, à certaines périodes, sous les croûtes, l'amas de mucosités qui remplissent la cavité nasale et qui forment ces bouchons d'un blanc grisâtre, des exulcérations, des entailles de la muqueuse dont le diagnostic pourrait être douteux. Il est heureusement dans ces cas un moyen de trancher toute difficulté, c'est l'examen bactériologique. Qu'on recueille un peu des sécrétions, qu'on racle le fond ou les bords de l'ulcère et qu'on soumette ces produits à l'examen histologique en suivant les données de la méthode d'Ehrlich, la réponse précise sera donnée par le microscope. La présence des bacilles indiquera la nature de la lésion.

Cet examen me paraît le seul moyen de diagnostic pour les tumeurs tuberculeuses observées par Schäffer. Les caractères cliniques ne permettent absolument pas un diagnostic, même approximatif. Peut-être, à présent qu'elles sont connues, pourrait-on en soupçonner la nature quand on les rencontrera chez un tuberculeux avéré. Mais quels signes les différencient bien nettement d'autres tumeurs ? Aucun. L'examen d'un fragment de la tumeur, des sécrétions nasales, s'il en existe, pourra seul fournir l'indication exacte.

Quel traitement doit-on opposer à cette affection ? La localisation assez circonscrite de la lésion donnerait certainement aux méthodes d'abrasion, de cautérisation, quelques chances de succès, si le plus souvent ces ulcérations ne venaient témoigner d'une affection généralisée et ne se rencontraient parallèlement avec des lésions beaucoup plus graves, plus étendues et bien moins accessibles du côté de l'appareil respiratoire ou des voies digestives. Ces conditions de généralisation tuberculeuse rendent un peu illusoire toute tentative thérapeutique. Ce n'est pas une raison pourtant de rester inactif. En détruisant sur un point le processus infectieux, on a l'avantage de voir diminuer au voisinage les chances d'infection par infiltration, propagation ou par inoculation. Le traitement doit donc être poursuivi avec soin, d'autant qu'il est des cas où les lésions des autres appareils sont encore susceptibles d'être amendées, modifiées.

Pour combattre avec succès les progrès de l'ulcération, on a eu recours aux cautérisations au galvano-cautère. Le moyen est bon ; on modifie assez profondément les bords, la surface de l'ulcère, on peut le transformer par une brûlure de toute la surface, en une plaie qui aura une tendance à la réparation. La douleur n'est pas à redouter, puisque nous pouvons aujourd'hui l'annihiler complète-

ment en insensibilisant la muqueuse à l'aide de la cocaïne. Il sera bon d'employer dans ce cas des solutions concentrées, à 15 ou 20 pour 100, pour obtenir une anesthésie complète et d'une certaine durée.

Un bourrelet d'ouate hydrophile imprégné de la solution est maintenu pendant quelques minutes, à deux reprises, sur la surface de l'ulcère; on peut intervenir après sans causer la moindre douleur.

Le galvano-cautère, très efficace quand on aura à faire à de petites ulcérations, sera moins facile à appliquer quand l'ulcération sera un peu étendue. Dans ces conditions, l'acide lactique à 20, 30, et même 50 pour 100 donnera de bons résultats. Il n'offre pas, dans la cavité nasale, les dangers que quelques praticiens ont signalés pour les applications laryngées, et c'est un agent bien approprié à ces ulcérations torpides.

Que l'on ait eu recours ou non à la cautérisation, le meilleur pansement que l'on puisse employer est la poudre d'iodoforme, qui n'a d'autre inconvénient que son odeur; je l'ai appliqué en poudre, à l'aide d'un insufflateur qui répand sur toute la surface de la plaie et dans le voisinage une couche épaisse. Par-dessus, je place un tampon d'ouate glycérinée, imprégné d'iodoforme. Le pansement doit être renouvelé quotidiennement; il est assez simple pour pouvoir être fait par une personne de l'entourage.

S'il existait des sécrétions un peu abondantes, on les enlèverait au préalable au moyen de pulvérisations phéniquées ou d'irrigations d'eau goudronneuse.

Il me suffira d'indiquer la nécessité de relever l'état général par une médication appropriée, en même temps qu'on appliquera aux lésions concomitantes le traitement qui leur est spécial.

Pour les granulomes, analogues à ceux décrits par Schäffer, il n'y a qu'un parti à prendre : enlever la tumeur avec le couteau ou l'anse galvano-caustique, racler à la curette le point d'implantation et panser la plaie qui en résulte avec l'iodoforme, comme s'il s'agissait de l'ulcère.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 5 *mai* 1887.— *Présidence de M.* Haltenhoff (de Genève).

Notation de l'astigmatisme. — M. *Landolt*, au nom de la minorité de la Commission, lit le contre-projet suivant (1).

---

(1) V. pour le projet primitif, *France médicale*, n° 65, p. 779.

A la suite de la discussion sur la notation de l'astigmatisme, la Société d'ophthalmologie a prié MM. Meyer et Landolt de se joindre à la commission chargée d'étudier cette question, afin d'essayer d'arriver à une entente sur les diverses méthodes proposées.

Une longue et amicale délibération a eu lieu entre MM. Javal et Martin, de la commission primitive, et les deux nouveaux membres. Toutefois, ces deux derniers n'ont pas pu se convaincre de l'avantage absolu du mode de notation proposé.

Ils lui trouvent les principaux inconvénients suivants :

1° On se représente difficilement les angles dépassant 90° ;

2° Les chiffres de cette notation n'indiquent pas la symétrie ou les écarts de symétrie des méridiens oculaires ;

3° Il n'est pas pratique de compter les méridiens de l'œil et la direction des verres cylindriques suivant deux systèmes différents, l'un ayant son point zéro à l'extrémité supérieure de la verticale, l'autre sur l'extrémité droite de l'horizontale ;

4° La notation proposée manque de clarté et de netteté. Elle nécessite impérieusement une explication assez longue pour être comprise ; ce qui nous exposera toujours à des erreurs et des malentendus.

Deux membres sur cinq de la commission se rallient donc au mode de notation exposé par M. Landolt qui part de la ligne médiane comme zéro et marque l'inclinaison du méridien de l'œil aussi bien que celui du cylindre correcteur des deux côtés, jusqu'à 90°. Le sens de l'inclinaison sera indiqué ou par un trait ou par la lettre *n*, lorsque son extrémité supérieure penche vers le nez, par un *t*, lorsqu'elle penche vers la tempe.

En résumé : Au lieu d'écrire, par exemple, suivant la proposition du comité :

G 165° — 1 — 2 ; D 15° — 1 — 2,

formule absolument incompréhensible sans explications, ils proposent d'écrire :

G — 2, avec cyl. — 1, axe 75° *t* ; D : — 2, avec cyl. — 1, axe 75° *t*, formule qui n'a pas besoin de commentaire.

M. *Javal*. A la suite de la lecture du rapport qui vous a été présenté hier par la commission chargée par vous de l'étude de la notation des verres cylindriques, une discussion s'est produite au cours de laquelle les conclusions de la commission, conformes à la pratique suivie par l'universalité des Américains et la majorité de nos compatriotes, ont été attaquées par MM. Landolt et Meyer. Votre commission, tout en se félicitant de l'appui qui lui a été apporté par MM. Gariel, Vacher, Boucheron, Haltenhof, Bull, Leroy, Armaignac, etc., vous a demandé de lui adjoindre seulement les deux opposants et, ainsi complétée, elle a délibéré de nouveau.

Nous tenons d'abord à vous faire remarquer que ni en séance publique, ni devant la commission, personne n'est venu parler en faveur du système qui consisterait à placer sur le demi-cercle inférieur de la lunette le zéro à gauche pour chacun des yeux du malade. Ce système, peu répandu d'ailleurs, doit donc être définitivement abandonné.

M. Meyer a développé les raisons qui militent en faveur d'une notation qui serait symétrique par rapport à un plan vertical passant par le milieu de la tête du malade, et M. Landolt a fait valoir les avantages d'une notation symétrique par rapport à des plans verticaux passant par chaque œil.

Il a été convenu que M. Landolt voudrait bien apporter ce matin un rapport à l'appui de ce dernier système.

Malgré l'importance des arguments apportés par MM. Meyer et Landolt en faveur de leurs deux systèmes, nous persistons à préférer celui que nous avions présenté hier à l'unanimité. Toutefois, il nous semble que la question n'ayant pas été inscrite à l'ordre du jour, nous aurions mauvaise grâce à solliciter un vote qui pourrait être plus tard incriminé comme étant obtenu par surprise, et nous ne doutons pas du bon accueil que vous ferez l'an prochain à nos propositions.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA MYOPIE. — M. *Galezowski*. D'après les travaux modernes, la myopie serait due à l'excès d'application dans les écoles. Cette opinion, établie par Cohn, a été confirmée par plusieurs autres savants. Cependant, il existe un autre facteur dont on n'a pas suffisamment tenu compte : c'est l'hérédité.

M. Galezowski a relevé un tableau statistique comprenant 4,654 cas dont 2,680 hommes et 1,974 femmes. Ces nombres se décomposent ainsi en ce qui concerne le degré de myopie :

1,367, de 1 à 2 Dioptries ; 867, de 2 à 3 D. ; 401, de 3 à 4 D. ; 265, de 4 à 5 D. ; 174, de 5 à 6 D. ; 100, de 6 à 7 D. ; 68, de 7 à 8 D. ; 30, de 8 à 9 D. ; 71, de 9 à 10 D. ; 60, de 15 à 20 D. ; 33, de 20 à 25 D. ; statistique sur 3,541.

Quant à l'hérédité, sur ce même chiffre de 4,654 individus, il y en a 3,847, c'est-à-dire les trois quarts environ, dont la myopie était héréditaire.

La myopie ne serait donc pas engendrée par le travail, mais celui-ci prédisposerait à son développement progressif lorsqu'il a lieu dans un endroit mal éclairé. Certaines formes de myopie sont engendrées par des maladies du segment antérieur du globe de l'œil. Certains de ces malades ont du kératocone. M. Galezowski rappelle le mode de traitement qu'il emploie dans ces cas.

M. *Cuignet*. L'influence de l'hérédité dans le développement de

la myopie n'est pas contestable, mais il y a là en outre une question de race. En Algérie, il y a peu de myopes bien que les petits Arabes aillent à l'école dans des locaux généralement mal éclairés.

M. *Javal* revendique pour M. Schiötz la priorité de l'opération que M. Galezowski donne comme sienne? L'absence de myopie chez les jeunes Arabes tient à la grande netteté de leur écriture et à leur position accroupie.

M. *Gayet*. L'opération de M. Galezowski date déjà de 25 à 30 ans; pratiquée d'abord en Belgique dans le kératocone, elle est vite tombée dans l'oubli. La cautérisation ignée de même a peu d'indications dans le kératocone. M. Gayet comprend moins encore l'idée de M. Galezowski dans la myopie. Pour obtenir un mince résultat de 2 ou 3 dioptries sur 14, il s'expose aux enclavements de l'iris et à la panophthalmie.

M. *G. Martin* ne nie aucune des causes principales admises pour la myopie, mais il y ajoute une cause primordiale, la contraction astigmatique du muscle ciliaire.

M. *Landolt*. Ce qui constitue le danger de la myopie progressive, ce n'est pas l'excès de la réfraction, ce sont les altérations du fond de l'œil. Dans ce cas, il paraît dangereux de toucher à la seule partie qui reste saine dans l'œil. Cette opération fait gagner un peu dans la grandeur des images, mais elle fait perdre beaucoup de leur netteté.

M. *de Wecker* croit qu'il n'y a pas à batailler beaucoup à propos du traitement du kératocone : tout est mauvais. Quand il peut s'abstenir d'opérer, il n'y manque pas.

M. *Javal*. Le kératocone examiné au disque kératoscopique donne non pas des ellipses, mais des sortes de poires. Les mesures doivent être faites par l'ophthalmométrie, mais il faut des mensurations variées et longtemps prolongées.

M. *Maklakoff*, à propos de l'influence des races sur le développement de la myopie, rappelle que chez de jeunes montagnards du Caucase, Arméniens, Circassiens, la myopie qui n'existait au début des études que chez 3 0/0 des élèves, se montait à la fin des études chez 67 à 77 0/0.

De la valeur thérapeutique des différents procédés dans l'opération du strabisme. — M. *de Wecker* rappelle les avantages obtenus par l'avancement capsulaire, et il combat l'opinion émise par M. Meyer et après lui par M. Valude qui ont identifié l'avancement capsulaire, quant à ses effets, avec la simple suture conjonctivale.

Amaurose hystérique monoculaire ancienne chez une jeune fille de 10 ans. Guérison subite et spontanée. — M. *Armaignac* lit une observation résumée par le titre ci-dessus.

Des contractions et paralysies des muscles oculaires provo-

QUÉES PAR SUGGESTION. — M. *Landolt* lit une note sur ce sujet en son nom et au nom de M. Borel.

SUR QUELQUES CAS RARES DE CATARACTE. — M. *E. Berger* (de Gratz, Autriche) lit plusieurs observations de cataracte provoquée par irido-cyclite.

La cinquième session du congrès d'ophthalmologie est close.

A. CHEVALLEREAU.

NÉCROLOGIE

M. Alfred TERQUEM, professeur à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Institut, décédé à l'âge de 56 ans.

Le Dr TARDIF, de St-Julien (Haute-Vienne), décédé après 48 ans de pratique de la médecine.

Le Dr Constant PELLARIN, ancien médecin principal de la marine.

Le Dr CLOPIN, de Saint-Jean-de-Losne.

Le Dr PAILLOUX, de Saint-Ambreuil, décédé à l'âge de 86 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs a, dans sa séance de jeudi, 21 juillet 1887, dressé, ainsi qu'il suit, la liste de présentation des candidats à la chaire de physiologie vacante, par la suite du décès de M. le professeur Béclard :

En première ligne à l'unanimité, M. Charles Richet, en deuxième ligne M. Reynier.

— Les questions suivantes ont été données aux épreuves d'avant d'hier et d'hier, pour le concours de chef des travaux anatomiques :

1° Épreuve d'histologie : montrer les éléments du tissu conjonctif ;

2° Épreuve de dissection : le nerf cubital ;

3° Épreuve de médecine opératoire : *a.* La ligature de l'artère humérale au pli du coude ; *b.* L'amputation de Lisfranc.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du bureau central.* — La Commission nommée par l'administration de l'Assistance publique pour étudier les modifications qui peuvent être apportées aux programmes du concours pour le bureau central (médecine et chirurgie) verrait avec plaisir les candidats lui communiquer sur cette importante question leurs vues personnelles ou collectives, d'ici au mois d'octobre.

Le président de la commission,
Dr FÉRÉOL, 8, rue des Pyramides.

HOPITAUX DE PARIS (*Prix de l'internat*). — La commission des hôpitaux et hospices a entendu dans sa dernière séance la lecture d'un rapport de

M. Horteloup sur les modifications à introduire dans le concours des prix de l'internat. Ce rapport conclut à la suppression du concours à la fin de la seconde année, et de l'obligation du concours à la fin de la quatrième année. La médaille d'or serait donnée à l'interne classé le premier : il aurait droit à une année d'internat supplémentaire ; de plus, deux bourses de voyage, permettant de passer une année dans les universités étrangères, seraient attribuées au premier et au second. Les épreuves seraient : 1° un mémoire ; 2° une épreuve clinique de médecine, de chirurgie ou d'accouchement, au choix du candidat ; 3° une épreuve de laboratoire. La commission, voulant étudier à fond la question, a décidé que pour cette année les épreuves ne seraient pas modifiées, mais que les deux bourses de voyage seraient attribuées.

De leur côté, les internes demandent un concours séparé et un prix à part pour les médecins et les chirurgiens.

Nouvel hopital. — Les travaux de l'hôpital rue de Bagnolet vont commencer incessamment.

Cet établissement sera édifié tout en haut de la rue de Bagnolet, à distance de 100 mètres des talus des fortifications, dans une propriété acquise par la Ville au mois de janvier dernier.

Cette propriété, d'une étendue superficielle de 12,000 mètres, dont 8,000 mètres en parc garni d'arbres séculaires, a été payée par la Ville 350,000 francs seulement. Comme bâtiments il n'y a q'un petit hôtel fort ancien, dont l'entrée principale se trouve en bordure de la rue de Bagnolet et un pavillon attenant qui pourrait contenir à peine une vingtaine de personnes. Les constructions neuves auront donc une grande importance, puisque, d'après les projets, actuels elles doivent couvrir la surface de près de 8,000 mètres carrés.

Il est question de donner à l'établissement projeté une destination autre que celle dont on a parlé : au lieu d'en faire un hospice pour les vieillards, on voudrait l'affecter aux jeunes enfants aveugles.

(*Bulletin Médical.*)

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, faits un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à 5 heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales et interrogés sur les matières des examens.

Un nouveau cours commencera le 6 août.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, lundi, mercredi, vendredi de 2 heures à 3 heures 1/2.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 88 Jeudi 28 Juillet 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 27 *juillet* 1887.

Chargé du rapport sur la communication faite récemment à l'Académie par M. Terrillon, sur quatre opérations de laparotomie pratiquées pour des affections des ovaires ou des trompes, M. Cornil a profité de cette occasion pour décrire d'une façon très précise et très nette l'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique, de ces lésions. Il compte cinq formes de salpyngite : salpyngite catarrhale végétante, salpyngite purulente ou pyo-salpingite, salpyngite hémorrhagique, salpyngite tuberculeuse et salpyngite blennorrhagique.

Ces opérations si hardies en apparence sont faites pour des affections qui, sans être très graves par elles-mêmes, ne sont pas susceptibles de guérison spontanée ; de plus, dit M. Cornil, on se borne à enlever aux femmes des organes qui ne peuvent plus leur servir. Ajoutons que la gravité de ces opérations est relativement faible et que, sur 28 cas relevés par M. Cornil, 26 se sont terminés par la guérison.

La discussion sur le surmenage intellectuel a continué par un discours de M. Gautier. M. Gautier critique beaucoup l'instruction que les élèves reçoivent dans les lycées ; il est, d'ailleurs, administrateur d'un établissement libre d'enseignement secondaire dont il vante fort la parfaite organisation.

M. Féréol a fait un discours très justement applaudi. L'honorable académicien ne trouve pas que tout soit pour le mieux, mais il trouve que cette idée de surmenage intellectuel a été bien exagérée. Les méfaits que l'on a attribués au surmenage trouvent presque toujours une autre explication. Ces faits de surmenage ne peuvent être que des faits isolés. Il faut prescrire des exercices physiques en plus grand nombre, mais ne pas trop toucher aux programmes d'études que l'on a déjà bien souvent remaniés. Il faut conserver le baccalauréat qui, s'il a peu de prix pour nous, en a beaucoup pour

les nombreux étrangers qui viennent nous le demander, et il faut lui laisser son caractère encyclopédique : de tout un peu, tel doit être le programme de l'enseignement que l'on donne à nos enfants.

M. Le Fort trouve, au contraire, les programmes trop longs et trop chargés. Il est impossible de conserver toute l'éducation ancienne et d'apprendre en même temps à nos enfants toutes les notions modernes qui leur seront beaucoup plus utiles dans la vie. M. Le Fort sacrifierait donc très volontiers le latin et le grec pour l'anglais, pour l'allemand et pour les sciences physiques que dans notre monde il n'est plus permis d'ignorer.

Cette discussion sur les programmes du baccalauréat, que M. Trélat ne trouvait pas absolument de la compétence de l'Académie, s'est, d'ailleurs, prolongée très tard; grâce à une agréable causerie de M. de Lacaze-Duthiers qui, depuis trente ans, fait passer des examens du baccalauréat. A. Ch.

Hopital de la Pitié. — M. le professeur Verneuil.

I. Affection kystique du foie avec poussée de néphrite aiguë. — II. Ostéo-arthrite du sacrum; abcès par congestion ; compression du plexus sacré — III. Lésion traumatique de la veine fémorale suivie de thrombose de la veine cave inférieure ; hématurie et albuminurie.

Leçon recueillie par le Dr Greffier,
Ancien interne des hôpitaux.

I. — Messieurs, je vais d'abord vous parler d'une malade morte dans le service par anurie. Elle entra dans le service avec des accidents abdominaux graves : elle déclarait ne pas uriner du tout. D'après elle, une maladie analogue lui serait advenue à l'âge de 23 ans : elle aurait eu alors une anurie complète qui aurait duré plusieurs semaines. Cette anurie prolongée se rencontre, il est vrai, chez les hystériques. Mais ici, il s'agissait d'une femme de 60 ans n'ayant aucun symptôme d'hystérie. Il fallait donc chercher autre chose.

L'anurie était bien réelle ; le cathétérisme pratiqué plusieurs fois ramena à peine quelques gouttes d'urine.

Mais y avait-il anurie véritable, ou bien rétention rénale? Lorsqu'il y a oblitération de l'uretère, celui-ci et le bassinet se développent : on a là un réservoir considérable. Nous allons voir qu'il s'agissait bien d'une anurie véritable.

La région du rein était douloureuse à la pression : nous avions donc une néphrite. On appliqua des ventouses sur la région lombaire et on donna du sulfate de quinine. Bientôt, il se produisit une élévation considérable de la température, qui tomba ensuite. Apparut alors une dyspnée très prononcée avec congestion pulmonaire intense. Pas de signes de pneumonie, ni de pleurésie. La malade avait conservé toute son intelligence. Ce ne fut que vingt-quatre heures avant le décès qu'elle tomba dans un état comateux tout particulier. La figure était vultueuse, la respiration embarrassée ; cependant, elle répondait aux questions. C'était un *coma vigil.*

Rien au cœur, le pouls n'était pas très petit, rien du côté des voies digestives.

On essaya les révulsifs, la sulfate de quinine, les purgatifs, sans résultats.

Je cherchai alors à ranimer le rein par la pilocarpine. Il se produisit à peine un peu de sueur.

Deux vésicatoires appliqués sur les cuisses pour chercher à ouvrir une porte à l'urée n'eurent pas plus de succès.

M. Brissaud voulut bien discuter avec moi le diagnostic.

L'état général de la malade à son entrée à l'hôpital était en somme très satisfaisant. On ne l'aurait jamais soupçonnée d'être atteinte d'une lésion grave d'un organe essentiel. La veille encore, elle exerçait sa profession de laitière.

Nous avions à hésiter entre les affections suivantes :

1° Existence d'une tumeur intra-abdominale comprimant les deux uretères.

Mais on ne trouvait pas de tumeur, et pour produire ce résultat il eût fallu qu'elle fut volumineuse ;

2° Altération antérieure des reins, remontant à une époque éloignée; ce pouvait être, d'après moi, une dégénération kystique des reins, et il se serait produit une poussée aiguë qui aurait amené la suppression de l'urine. La dégénération kystique ne se révèle pendant la vie par aucun symptôme, tant qu'il reste un peu de parenchyme rénal.

M. Brissaud émettait l'idée d'une néphrite calculeuse, suivie également d'une poussée aiguë.

La longue durée de l'affection primitive pouvait peut-être s'expliquer par cette circonstance que cette femme, qui était laitière, se nourrissait presque exclusivement de cet aliment si favorable dans les lésions rénales.

On ne pouvait pas, à moins de faire ces suppositions, s'expliquer la marche de la maladie. On ne peut avoir avec une néphrite aiguë les apparences de la santé.

Cette femme avait de temps à autre des poussées de cette pseudo-

fièvre intermittente, qu'on doit appeler la fièvre rénale. Cette fièvre revient fréquemment dans les lésions graveleuses sous l'influence de l'irritation causée par ces corps étrangers. La malade accusait également des douleurs lombaires fréquentes et l'on m'apprend à l'instant qu'elle avait rendu de temps à autre quelques petits graviers.

Le diagnostic était important, surtout pour nous éviter une intervention inutile. Messieurs, nous cherchons surtout en France à faire le diagnostic, pour n'intervenir ensuite que si cela est de quelque utilité pour le patient.

Il n'en n'est pas de même de certaine école qui, volontiers, ouvre le ventre de ces malades pour voir ce qu'il y a dedans, sauf à le refermer ensuite si aucune intervention n'est possible.

Supposons que nous ayons agi ainsi et que nous ayons trouvé une tumeur comprimant les deux uretères. A quoi eût-il servi de l'enlever? Certainement les reins étaient déjà gravement compromis et l'intervention en pareil cas est toujours suivie de résultats funestes. Pouvions-nous faire la néphrotomie? Mais les deux reins étaient malades. Nous ne pouvions cependant pas les enlever tous les deux; je crois donc qu'en pareil cas l'intervention est le fruit d'une curiosité malsaine et qu'il faut laisser mourir tranquilles des patients que l'on ne peut guérir.

M. Brissaud et moi avions émis des avis un peu différents :

L'autopsie nous a donné raison à tous les deux. En effet, un des reins est réduit en bouillie : il présente des abcès miliaires par milliers; en somme, il s'agit d'un rein kystique avec suppuration dans les kystes.

Pas de calculs dans ce rein.

L'autre rein nous présente des kystes considérables, renfermant des calculs.

Supposons que l'on ait exploré ce dernier avec une aiguille à acupuncture et qu'on soit tombé sur les calculs, on aurait alors fait la taille rénale, et, l'autre rein n'existant plus, la malade aurait succombé au bout de quelques heures.

II. — Le malade que je vais vous présenter maintenant est depuis longtemps dans le service pour une ostéo-arthrite du genou gauche. On l'a traité par l'immobilisation, la révulsion, etc., sans grands résultats.

En même temps, le malade toussait; les signes d'une tuberculose évidente existaient au sommet des deux poumons. Comme on pouvait croire, d'après la marche de la maladie, que la tuberculisation pulmonaire était secondaire, je me suis décidé à lui faire l'amputation de la cuisse. Mais je dois dire maintenant que le malade éprouvait des douleurs violentes que l'on ne rencontre pas d'ordinaire

après l'immobilisation. Les anomalies devant toujours être élucidées, nous aurions dû rechercher d'où venaient ces douleurs. Ce point nous échappa.

L'opération se passa fort bien. Mais, au bout de quatre ou cinq jours, le malade éprouva de nouveau ses douleurs *dans le pied*, disait-il. Or, les douleurs à distance chez les amputés ont des causes précises : tantôt, saillie du nerf principal du membre sous forme de névrome terminal, tantôt névrite ascendante du nerf lui-même.

Nous avions ici affaire à une troisième cause.

En effet, un examen plus attentif nous révéla la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque interne.

Cette tumeur est située sur le trajet des vaisseaux iliaques externes et du nerf crural. Elle est tendue, pleine ; c'est un abcès froid.

Cette tumeur pourrait bien comprimer le nerf crural. Mais je ne crois pas qu'il en soit ainsi ; le malade a une sensibilité très notable au niveau de la base du sacrum. Il paraît avoir une ostéo-arthrite de cette région.

D'autre part, une douleur ressentie dans le pied n'est pas dans la zone du nerf crural, mais du nerf sciatique. L'abcès serait un abcès par congestion, provenant de l'ostéo-arthrite du sacrum, comprimant les hanches d'origine du nerf sciatique et ayant fusé ensuite dans la fosse iliaque.

Voyez combien un diagnostic exact est nécessaire. Si j'avais, par exemple, réséqué le nerf sciatique, comme je l'ai fait avec succès dans un autre cas, j'aurais fait ici une opération inutile. Il n'y avait pas ici de névrite du sciatique. La lésion était beaucoup plus élevée.

De toutes façons, il est nécessaire ici de vider cet abcès et d'y faire une injection d'éther iodoformé.

L'opération nous servira, en outre, à lever les dernières hésitations du diagnostic.

Si la douleur provient de la compression du crural, la tension de la poche étant plus grande après l'injection, elle va être exaspérée momentanément.

S'il s'agit, au contraire, d'une compression du plexus sacré, il n'y aura pas exagération de la douleur.

Cette observation nous permet encore quelques considérations ; il y avait ici trois foyers morbides : genou, rachis, poumon.

Qu'est-il résulté de l'amputation de la cuisse au point de vue des deux autres foyers ? Le foyer pulmonaire a été considérablement amélioré. Au contraire, il y a eu une aggravation du côté du rachis. J'ai vu dernièrement un autre exemple analogue : à la suite de l'amputation de la jambe, les lésions thoraciques furent considérablement

améliorées, mais une lésion du coude, d'importance minime, prit une gravité considérable.

Aussi est-ce un sujet sérieux de discussion entre les chirurgiens que celui-ci : Doit-on opérer les tuberculeux? Les uns disent : il faut opérer; on obtient sur la tuberculose les résultats les plus favorables. Les autres au contraire objectent que les lésions tuberculeuses concomitantes s'aggravent du fait de l'opération. Ce n'est que par la réunion d'observations nombreuses que l'on pourra arriver à dégager les circonstances auxquelles sont dues l'amélioration dans un cas, l'aggravation dans un autre.

III. — Nous venons de voir un malade atteint d'un ulcère variqueux et qui vous a paru peut-être au premier abord sans aucun intérêt. Il est loin d'en être ainsi. Si vous l'examinez d'un peu plus près, vous voyez qu'il présente des varices abondantes aux deux jambes. En outre, sur le tronc vous pouvez voir un développement considérable de veines qui rampent de toutes parts, constituant une circulation collatérale des plus nettes. Ce n'est pas là un aspect ordinaire. Si maintenant vous considérez la cuisse qui est le siège de l'ulcère variqueux, elle présente à sa racine une vaste cicatrice située au sommet du triangle de Scarpa.

Elle provient d'une blessure reçue par le malade à la bataille de Sedan. A la suite de cette blessure, il est resté quelque temps en syncope : l'hémorrhagie a donc dû être abondante; la blessure a certainement atteint la veine fémorale.

Si la jambe atteinte d'ulcères présentait seule des varices, nous pourrions les expliquer tout simplement par l'obstruction de la veine fémorale, et le cas n'aurait rien de particulier. Mais l'autre membre nous offre, au niveau du mollet surtout, des paquets variqueux considérables. En outre, il nous reste à expliquer la circulation collatérale qui se montre sur l'abdomen et le thorax. Eh bien! Messieurs, cette circulation collatérale ne se montre que dans les cas de thrombose de la veine cave.

Voici donc comment s'explique le cas actuel : blessure de la veine fémorale, thrombose, qui a remonté dans la veine iliaque externe, dans la veine iliaque primitive, dans la veine cave, et de là est redescendue dans l'iliaque primitive et l'iliaque externe du côté opposé.

Une particularité très remarquable peut se rencontrer en pareil cas, et de fait, le malade nous dit *que trois semaines environ après sa blessure il a uriné du sang.*

D'où peut venir l'hématurie en pareil cas? L'explication, quoique assez délicate, me paraît pourtant pouvoir en être donnée.

La physiologie nous apprend qu'à chaque systole de l'oreillette, il

se fait dans la veine cave inférieure un reflux de sang important. Or, la veine cave inférieure, les veines iliaques primitives et iliaques interne et externe sont dépourvues de valvules. La première valvule que rencontre l'ondée sanguine est placée à l'orifice de la veine fémorale, au niveau du pli de l'aine. C'est elle qui supporte le choc du sang : mais la violence en est atténuée par l'existence d'un de ces *canaux de sûreté* que j'ai décrits autrefois. Celui-ci prend naissance à la bifurcation de l'iliaque primitive et va s'anatosmoser avec les veines du rachis. Mais si, par suite d'une thrombose de la veine iliaque primitive, ce canal est oblitéré ainsi que la veine fémorale, qu'arrivera-t-il? Le choc du sang est supporté tout entier par la veine cave. Mais alors il se fait un reflux dans les veines rénales : et le parenchyme du rein reçoit à la fin du sang par les artères et par les veines rénales, d'où une congestion intense pouvant amener l'hématurie. Les choses n'en restent pas là; cette congestion habituelle altère bientôt le parenchyme rénal et il survient une néphrite d'un genre spécial, néphrite incurable qui se traduit [par de l'albuminurie.

Messieurs, cette terminaison n'est pas fatale. On voit souvent en effet sur le rein une grosse veine qui sort du milieu de l'organe et se rend dans les plexus situés au devant de la colonne vertébrale. C'est encore là un *canal de sûreté*, dont le développement peut empêcher la congestion de devenir permanente.

C'est ce qui a dû arriver pour ce malade. Car il est maintenant dans un très bon état de santé, gêné seulement par son ulcère, et ne présentant aucun signe de néphrite. Il n'a jamais eu d'albuminurie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Reynier priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté sur le traitement de la scoliose (accepté); une lettre de M. Balland, pharmacien-major à Alger, qui se porte candidat au titre de correspondant.

M. *Duboué*, correspondant de l'Académie à Pau, écrit qu'il avait demandé la parole pour parler contre les inoculations anti-rabiques par la méthode intensive, mais que cette méthode ayant été abandonnée par M. Pasteur, son intervention n'aurait plus de raison d'être.

M. *Cornil* lit un rapport sur le travail lu récemment par M. Terrillon. M. Terrillon relate ici quatre opérations de laparotomie faites

pour des affections des ovaires ou des trompes. La castration en pareil cas prive les malades d'organes qui ne peuvent plus leur être utiles.

Dans les quatre observations de M. Terrillon il s'agit de jeunes femmes ayant eu de deux à quatre grossesses suivies de douleurs abdominales très intenses, de métrorrhagies fréquentes et incoercibles, de troubles digestifs, de constipation opiniâtre avec douleurs vives au moment des garde-robes. Le plus souvent le bas-ventre était douloureux à la palpation. Le toucher vaginal donnait toujours des renseignements très précis; dans les culs-de-sac on sentait une tumeur dure, marronnée, douloureuse, au-devant de laquelle la paroi vaginale conservait sa mobilité. La tumeur offrait un volume variant d'un marron à un œuf de poule et était formée par les annexes de l'utérus. Le toucher rectal complétait ces renseignements.

Ces lésions ne sont pas graves par elles-mêmes, mais elles ne sont pas susceptibles de guérison spontanée et sont une cause de gêne permanente, surtout à l'époque des règles.

Le début des accidents est sous la dépendance d'une inflammation du péritoine pelvien, après une grossesse pénible. Les signes du début sont caractéristiques de la pelvi-péritonite, mais au moment où le chirurgien intervient, on a simplement sous les yeux les restes d'une péritonite qui s'est terminée par l'organisation de tissu fibreux. Ces lésions ne sont bien connues que depuis qu'on enlève des utérus et des trompes.

A l'œil nu, le grand épiploon adhère quelquefois aux parois du bassin ou à la tumeur elle-même. Lorsqu'on cherche à rompre les adhérences de la tumeur, on peut déchirer soit la trompe, soit une cavité pleine de sang contenue dans l'ovaire.

La surface externe de l'ovaire est le plus souvent recouverte de fausses membranes minces qui l'unissent aux parties voisines. Au-dessous de ces néomembranes l'ovaire est à peu près normal, il est souvent bosselé et parsemé de petites cavités remplies d'un sang noir. Sur les coupes des ovaires on trouve une série de corps jaunes à diverses périodes de leur évolution; mais le tissu cellulaire, vasculaire de l'ovaire n'a pas subi de changement notable. Les trompes de Fallope sont le siège d'une altération manifeste à l'œil nu, comme au microscope. L'ouverture du pavillon est toujours oblitérée. On observe diverses variétés de salpyngite: salpyngite catarrhale végétante, salpyngite purulente ou pyosalpyngite, salpyngite hémorrhagique, salpyngite tuberculeuse et salpyngite blennorrhagique.

Les opérations faites dans ces cas ont toutes, ou presque toutes réussi. Elles ne présentent qu'un danger très minime, et ce danger n'est pas en rapport avec la gravité des lésions.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 1re division; nous avons donné la semaine dernière la liste de présentation :

Sur 49 votants, majorité 25, M. Poincarré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, est élu au premier tour par 35 voix contre 6 données à M. Mordret (du Mans), 4 à M. Barrallier (de Toulon), 2 à M. Wannebroucq (de Lille) et deux bulletins blancs ou nuls.

Pour la seconde place, au premier tour de scrutin, sur 51 votants, majorité 26, M. Barrallier obtient 23 voix, M. Mordret 13, M. Wannebroucq, 7, M. Pitres, 1, M. Widal, 1; il y a six bulletins blancs ou nuls.

Il est procédé à un second tour de scrutin. Sur 49 candidats majorité 25, M. Barrallier est élu par 27 voix contre 9 données à M. Mordret, 2 à M. Pitres, 2 à M. Wannebroucq et 9 bulletins blancs ou nuls.

DU SURMENAGE INTELLECTUEL. — M. *Gautier* veut parler des pratiques de l'enseignement secondaire. L'expérience première montre que les programmes s'amplifient, que la durée des études augmente, que l'on demande de plus en plus aux élèves, mais que ceux-ci ne travaillent pas davantage, ils ne font que s'ennuyer plus dans les lycées. Le programme est imposé, mais la mesure du travail est volontaire et il est bien petit le nombre de ceux qui dépassent leur mesure.

D'où vient donc le surmenage intellectuel? C'est qu'on augmente de plus en plus l'étendue des programmes et qu'on donne de plus en plus une éducation superficielle. M. Gautier verrait volontiers la suppression des baccalauréats; cette mesure soulèverait bien des protestations, mais au moins transformons les programmes pour mieux utiliser les efforts de nos enfants.

M. Gautier demande que chaque enfant, en outre de ses études apprenne un métier manuel, comme l'a déjà demandé M. Gabriel Collin après M. Dally.

Il est toute une série d'autres causes qui peuvent nuire à nos enfants, c'est l'alimentation, l'air confiné, la mauvaise hygiène.

M. *Féréol* veut justifier d'abord en quelques mots le vote auquel il désire se rallier et ensuite discuter les programmes du baccalauréat. Il pense que tous les méfaits dont on accuse le surmenage intellectuel doivent être mis sous la dépendance de l'hérédité, des tares physiques et d'une mauvaise hygiène. Si le surmenage intellectuel existe au point où on le dit, c'est que les élèves de nos collèges ont bien changé. Si le surmenage intellectuel existe, ce ne peut être que pour des élèves isolés et même pour ceux-là il ne résulte qu'une fatigue temporaire, sauf dans les cas où il y a de l'hérédité.

La céphalée des adolescents est loin d'avoir l'importance qu'on lui attribue. En dehors des cas attribuables à la fatigue de l'accommodation, la plupart des autres se rattachent à des parents tuberculeux, migraineux, hystériques ou alcooliques. Les enfants ainsi atteints ne sont généralement pas les plus travailleurs.

Il faut multiplier les précautions hygiéniques, prescrire la gymnastique, l'équitation, la natation ; tout le monde sera d'accord sur ce point.

Quant au lever matinal dont a parlé M. Hardy, si les échappés de collège aiment à se lever tard, ce n'est point pour protester contre les habitudes du collège. Huit heures de sommeil, d'ailleurs, cela est bien suffisant et il n'y a pas grand'chose à réformer de ce côté.

Quant aux programmes, M. Lagneau croit qu'il est indispensable de les remanier complètement. Si la proportion des bacheliers, relativement au nombre des candidats, est moins grande qu'autrefois, cela tient à ce que le nombre des candidats est trop grand et c'est surtout la faute des parents. D'ailleurs, le gouvernement vient de faire un grand pas dans cette voie en créant le baccalauréat ès-arts. Il ne faut pas détruire nos belles humanités et faire de l'égalité en sacrifiant les intelligences d'élite. Ces remaniements continuels de programmes sont très nuisibles aux élèves. Il faut conserver ces baccalauréats que bien des étrangers viennent nous demander, il faut leur conserver leur caractère encyclopédique : de tout un peu, tel doit être le programme de ces examens.

M. Féréol ne saurait accepter les idées de M. Hardy qui voudrait éloigner de cet examen presque tout ce qui concerne les sciences naturelles. Est-ce à nous, médecins, de demander que l'on proscrive ces études qui ont le grand avantage de mettre dans l'esprit des gens du monde quelques idées vraies au milieu des nombreuses idées fausses qui ne manqueront pas de s'y introduire par la suite.

M. Hardy demande que l'on retranche en grande partie des examens les sciences physiques et naturelles. D'autres collègues demanderont sans doute que les réductions portent sur des points tout opposés. Alors que resterait-il du programme d'études ?

Tous ici, ou presque tous, nous sommes les fils de l'Université. Cette institution nationale a en dehors d'ici des ennemis nombreux et acharnés ; prenons garde, en voulant la réparer, de ne pas trop ébranler la maison.

M. Le Fort. Un père de famille qui suit les études de son fils ne peut s'empêcher d'être frappé de la surcharge des programmes. Le surmenage intellectuel paraît absolument incontestable. Nous avons voulu mêler l'éducation ancienne et les idées modernes, et cela est

absolument incompatible : si vous voulez que vos enfants parlent grec ou latin, ils ne parleront ni allemand, ni anglais.

Les programmes sont trop surchargés, il faut en élaguer quelque chose, et, contrairement à M. Hardy, M. Le Fort voudrait élaguer surtout les études purement littéraires.

M. *M. Sée* croit qu'on a absolument exagéré le surmenage intellectuel; en consultant les trois dernières années du registre médical du lycée St-Louis, il n'a rien trouvé qui témoigne d'un surmenage quelconque. Il ne voit donc pas où l'on peut trouver les traces de ce surmenage; il n'y a que des cas individuels qui peuvent tenir à des causes diverses.

M. *de Lacaze-Duthiers* est depuis trente ans examinateur pour le baccalauréat. La grosse question n'est pas dans la suppression des baccalauréats, il faut les spécialiser, alors on sera réellement en droit d'exiger des candidats des notions plus complètes et plus précises.

La séance est levée à 5 heures et demie.

NÉCROLOGIE

Le Dr LUBANSKI, ancien médecin en chef du Val-de-Grâce.

Le Dr Gabriel ROBINET, pharmacien, licencié ès sciences physiques, vice-président du conseil municipal de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, décédé hier matin mardi à l'âge de 78 ans.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner en 1887 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1888.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le vendredi 14 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victora, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1888 dans les hôpitaux et*

hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 17 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre, inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libérés au mois de novembre prochain et qu se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

Le conseil supérieur de l'instruction publique, dont la session s'est ouverte avant-hier, doit discuter un projet de règlement portant revision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine.

Missions scientifiques. — Est et demeure rapporté l'arrêté du 23 juin 1887, qui chargeait M. le Dr Kühn, membre du comité d'organisation de l'Exposition de 1889, d'une mission pour étudier, au congrès médical de Washington, les instruments de chirurgie, et notamment ceux qui intéressent l'art dentaire.

M. Kühn, membre du comité d'organisation de l'Exposition de 1889, est chargé d'une mission aux États-Unis pour y visiter les écoles dentaires et étudier tout ce qui se rattache à ses établissements.

Un de nos lecteurs nous ayant demandé quelques renseignements au sujet de la première mission dont avait été chargé M. Kühn, nous avons vainement cherché le nom de notre confrère sur l'Annuaire médical. Il doit y avoir oubli, car nous ne pouvons croire qu'un ministre français ait confié une mission officielle à un docteur étranger.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 89 Samedi 30 Juillet 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Uréthrotomie interne, hémorrhagie consécutive.

Par le Dr Henri Picard.

L'uréthrotomie interne est une opération aussi inoffensive qu'efficace, l'expérience de chaque jour le prouve ; ce qui ne veut pas dire qu'elle ne donne jamais lieu à des accidents d'une certaine gravité, l'observation suivante en est la preuve :

Un commerçant de 35 ans, bien constitué, m'est adressé par mon vieil ami le Dr Miot. Cet homme se plaint d'uriner souvent le jour, plusieurs fois chaque nuit et surtout d'un suintement uréthral datant de plusieurs années. Comme antécédent, rien qu'une blennorrhagie, il y a 16 à 17 ans.

A l'exploration, la prostate est saine, mais dans l'urèthre l'explorateur n° 9 ne passe qu'avec peine et en frottant au niveau du bulbe.

L'uréthrotomie interne proposée et acceptée par le malade est pratiquée le dimanche 20 juin avec l'aide de mon ami le Dr Bonnet. La lame n° 25 qui donne un centimètre de sa base à son sommet, quand elle est engainée dans le conducteur métallique, coupe facilement le rétrécissement qui laisse passer, sans obstacle, une sonde à demeure n° 18.

Tout va bien jusqu'au soir 7 heures, 10 heures après l'opération. A ce moment, le malade éprouve du ténesme et, ne pouvant rendre d'urine, ne trouve rien de mieux que d'enlever sa sonde, ce qui ne favorise pas, tant s'en faut, la sortie du liquide. Celui-ci, quand j'arrive à une heure du matin, s'écoule goutte à goutte, par le méat, tout à fait sanguinolent. J'ordonne des compresses d'eau glacée sur le périnée et l'hypogastre et 10 grammes d'extrait de ratanhia dans une potion.

Le lendemain, l'état s'est aggravé, il sort bien de temps en temps, par l'urèthre, un liquide sanglant, mais le ténesme persiste et un

regard sur l'hypogastre le montre fortement soulevé par la vessie, évidemment remplie de sang et d'urine.

En effet, une sonde étant introduite dans cet organe, il s'en échappe avec peine un liquide semblable à celui rendu de temps à autre par le malade; mais il est en petite quantité et, d'ailleurs, l'hypogastre ne s'affaisse pas. La vessie, c'est évident, est remplie de caillots. La preuve est qu'avec l'aide de mon ami Bonnet, je parviens, en aspirant avec une bonne seringue, à en retirer une quantité énorme. La vessie étant lavée, je laisse la sonde à demeure. Celle-ci, du nº 21, est assez serrée dans le canal. La potion à l'extrait de ratanhia est continuée. Malgré cela, le sang continue à couler jusqu'au mardi soir; c'est à dire pendant 48 heures. A ce moment l'urine redevient subitement claire toute la nuit, la miction s'accomplit normalement, la sonde ayant été enlevée aussitôt la cessation de l'écoulement sanguin.

Le mercredi matin, 72 heures après l'opération, tout allait bien, lorsque le malade ayant voulu se lever se trouve repris par son hémorrhagie. Comme la première fois, il y a ténesme, émission d'urine sanglante et reflux dans la vessie d'une grande quantité de sang que je retire encore avec la seringue sous forme de caillots.

Cette fois je prescris du sirop simple 60 gr., additionné de perchlorure de fer liquide, 40 gouttes, à prendre par cuillerée à café tous les quarts d'heure. En outre, j'injecte dans la fesse, en arrière du grand trochanter, une pleine seringue de Pravaz d'ergotine. Le soir même traitement est continué, mais l'injection d'ergotine n'est que d'une demi-seringue. Le sang est d'ailleurs moins abondant et le jeudi matin l'urine est redevenue à peu près normale.

Malheureusement le vendredi, toujours quand le malade essaie de se lever, les mêmes accidents reparaissent, combattus encore par le perchlorure de fer et l'ergotine. Le samedi, urine normale; mais, le dimanche, 7 jours après l'opération, réapparition d'une urine légèrement sanguinolente qui redevient définitivement normale dans la soirée.

En résumé, hémorrhagie très abondante ayant duré 7 jours, avec des alternatives diverses, consécutivement à l'uréthrotomie interne.

A quelles causes cette hémorrhagie peut-elle être rapportée? A plusieurs: les unes inhérentes au sujet lui-même, les autres aux influences extérieures et les troisièmes enfin à l'opération elle-même.

Le malade avait subi quelques jours auparavant l'ablation de plusieurs polypes du nez et consécutivement une perte de sang relativement considérable qui l'avait affaibli. La température d'autre part fort élevée n'était pas sans favoriser l'écoulement sanguin.

Quant à l'opération elle-même, on doit se demander d'abord si elle était justifiée et si la lame employée n'était pas trop large.

Pour ce qui est de l'opération, l'étroitesse du rétrécissement l'indiquait suffisamment. D'autre part, il n'était pas très dur et on comprend parfaitement qu'une lame très large coupant un tel rétrécissement constitué par des tissus encore assez vasculaires ait pu donner lieu à une hémorrhagie.

Comme pronostic, cette hématurie n'était pas sans me causer quelque inquiétude ; car ces écoulements sanguins sont difficiles à arrêter ; on ignore toujours quand ils cesseront et s'ils ne reparaîtront pas comme dans quelques cas où ils ont été incoercibles et ont causé la mort.

Pour les arrêter, la sonde à demeure très vantée ne me paraît pas être efficace, elle doit être volumineuse. Or une sonde volumineuse à demeure dans un urèthre uréthrotomisé n'est pas sans inconvénient. Ou elle comprime trop ou pas assez : dans le premier cas, la plaie s'enflamme, dans le second le sang coule malgré l'instrument et tombe en partie dans la vessie.

Le ratanhia ne m'a pas paru un remède très énergique. Il faut avoir une confiance plus grande et je dirai même une confiance légitime et justifiée dans l'ergotine ou l'ergotinine en injections sous-cutanées. Aidé du perchlorure de fer à l'intérieur et de la glace sur l'hypogastre et le périnée, c'est un moyen très efficace et à peu près certain qu'on ne saurait trop recommander.

Toutefois, si malgré son emploi, le sang, comme cela s'est vu, continuait à couler, menaçant la vie du malade, il ne resterait qu'un parti à prendre : aller chercher l'origine de l'hémorrhagie en pratiquant l'uréthrotomie externe, de manière à pouvoir lier les vaisseaux ou les tamponner.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

CALCUL VÉSICAL CHEZ LA FEMME. — M. *Pozzi* lit un rapport sur une communication de M. Cauchois (de Rouen), relative à l'extraction d'un calcul vésical chez une femme, extraction faite par l'urèthre après dilatation.

M. Pozzi, qui a fait une opération analogue à celle de M. Cauchois, fait les remarques suivantes à propos de la technique de l'opération.

Le chloroforme est indispensable. La dilatation de l'urèthre ne doit pas être portée au delà de 2 cent. 1/2. Les bougies coniques de Egar sont celles qui permettent d'obtenir le plus facilement la dilatation, et sont sans danger. On devra toujours faire l'exploration digitale de la vessie. Il faut employer des tenettes à cuillères ovales et évidées. Après l'ablation du calcul, on placera dans la vessie un gros tube de caoutchouc, et on fera des lavages avec de l'eau boriquée.

Arrachement du bras par un lion. — M. *Berger* lit un rapport sur un cas d'amputation inter-scapulo-thoracique du membre supérieur droit communiqué par M. Jouel. Il s'agissait d'un homme jeune encore qui eut le bras pris par un lion. L'animal avait englouti d'un seul coup la main, l'avant-bras et le bras, et avait fixé ses dents dans la partie inférieure du muscle deltoïde. On parvint à faire lâcher prise au lion, mais en retirant ses dents il arracha tous les muscles du bras et cassa l'humérus à sa partie inférieure.

M. Jouel, appelé peu de temps après l'accident, ne trouva pas le malade trop déprimé, il n'y avait pas d'hémorrhagie. L'heure avancée de la nuit fit remettre l'opération au lendemain.

Le lendemain matin, la température était 39°,5. Il existait au niveau du grand pectoral une tumeur emphysémateuse, et il se faisait par la plaie un suintement fétide.

M. Jouel fit l'amputation inter-scapulo-thoracique. Le malade mourait deux heures après l'opération.

M. Berger fait remarquer que le broiement des parties s'ajoutait ici à l'arrachement du membre, ce qui aggrave de beaucoup le pronostic. M. Jouel a opéré de suite, il avait la main forcée par les accidents septiques qui se montraient du côté de la plaie, il ne pouvait donc pas attendre, comme l'a conseillé M. Lucas-Championnière.

M. *Polaillon*. J'ai observé un cas de morsure de lion chez un alcoolique qui s'était fait prendre l'avant-bras par un de ces animaux. Il n'y avait pas de traumatisme bien grand, les os étaient intacts, on voyait seulement une série de trous faits par les dents du lion. Malgré l'emploi de compresses et de bains antiseptiques, il se développa un phlegmon diffus à marche si rapide que je fus obligé de désarticuler l'épaule, et le malade mourut.

M. *Lucas-Championnière*. Dans le cas où j'ai fait l'amputation inter-scapulo-humérale, le malade venait d'avoir une hémorrhagie énorme qui m'avait forcé à lier l'humérale. J'ai attendu ensuite pour opérer que le malade ne fût plus sous l'influence du choc, et j'ai fait l'amputation dans la période intermédiaire.

M. *Verneuil*. Le mot choc ne signifie rien, mais il y a quelque

chose de très important, c'est la température. Il ne faut jamais opérer un malade qui est en hypothermie, il faut attendre que la température soit revenue à 37°.

On fait une hémostase préventive si besoin est, mais il ne faut pas opérer.

M. *Trélat.* M. Lucas-Championnière vient de prononcer le mot de période intermédiaire, il n'y a pas de période intermédiaire.

Les opérations faites dans la période d'hypothermie sont mauvaises, celles faites dans la période pyrétique sont aggravées par le fait de l'existence de la fièvre.

Entre l'hypothermie et les accidents consécutifs, il y a une courte période de quelques heures qu'il faut choisir pour opérer.

M. *Lucas-Championnière.* Je tiens au mot de période intermédiaire; il y a des malades, en effet, chez lesquels la fièvre survient avant que le choc ait disparu, c'est donc dans la période intermédiaire qu'il faut les opérer.

M. *Verneuil.* Dans les traumatismes, il y a deux périodes, une antipyrétique et une intrapyrétique.

La période antipyrétique se divise en deux périodes, une d'hypothermie et une où la température redevient normale.

Au dessus de la température normale, on est dans la période intrapyrétique, qui n'est intermédiaire à rien.

Rétention des règles. — M. *Berger* lit un rapport sur un cas de rétention des règles observé et communiqué par M. Jouel. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, entrée à l'hôpital de Toulon dans un état très grave. Cette jeune femme, mariée depuis quelques années, n'a jamais eu d'enfants et n'a jamais été réglée. Tous les mois, elle est prise de douleurs atroces qui occupent la région hypogastrique, et s'accompagnent d'un état général inquiétant; le dernier de ces accès avait mis la malade en danger de mort. Elle a le facies utérin très prononcé, et elle est très affaiblie. En palpant l'abdomen, on trouve une tumeur ferme, irrégulière, qui remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Cherchant à pratiquer le toucher vaginal, on est arrêté de suite par une malformation des organes génitaux externes. Le clitoris est très gros. Il est terminé par un gland volumineux fendu d'une rainure d'où partent deux brides qui se dirigent vers la membrane hymen, mais sans l'atteindre cependant. En arrière du gland, on trouve un vagin étroit, long de 6 centimètres, et au fond de ce vagin un orifice entouré d'un relief comme l'orifice d'un col normal.

Dans cet orifice, on peut introduire un stylet. M. Jouel fit le diagnostic de rétention des règles dans un utérus bifide, résultant de l'oblitération partielle d'un des conduits de Muller.

Que fallait-il faire ?

Tenant compte des symptômes graves qui avaient accompagné les dernières fausses règles de cette malade et la possibilité d'une terminaison fatale à leur prochain retour, M. Jouel crut devoir intervenir.

La malade était chloroformée, il fit une ponction de la tumeur vaginale et retira 150 grammes de liquide chocolat, puis rien ne s'écoulant plus, il agrandit l'incision et, à l'aide des doigts et de la curette, enleva une assez grande quantité de caillots. L'hémorrhagie le força à s'arrêter avant d'avoir pu terminer son opération.

Un pansement approprié fut appliqué, mais malgré ce que l'on put faire la malade mourut deux heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouvait dans la cavité abdominale une tumeur adhérant partout aux parois de l'excavation du petit bassin, adhérant au rectum en arrière, à l'S iliaque et au cæcum sur les côtés; en plus, les uretères présentaient des rapports tels, qu'il était impossible d'enlever la tumeur sans compromettre gravement l'intégrité de ces organes. Sur une section la tumeur se montrait constituée de la façon suivante : une poche volumineuse, pleine de caillots, présentant à sa partie supérieure et sur sa partie latérale droite des diverticules secondaires également pleins de sang coagulé. A droite de la tumeur se trouvait un ovaire très bien conformé. Dans l'épaisseur de la paroi de cette poche et sur sa partie latérale droite inférieure, on voit une cavité qui s'ouvre en bas, dans le vagin, par l'orifice que nous avons signalé et qui se termine en haut par une trompe de forme normale en arrière de laquelle existe un ovaire normal aussi. L'orifice de la trompe est oblitéré.

M. Jouel pense qu'il s'agit là de rétention du sang des règles dans une portion d'un utérus bifide atrophié. On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une hématocèle latéro-utérine ou d'une hématocèle tubaire avec dilatation de la trompe, mais l'existence de la vessie sur la ligne médiane et la constitution des parois de la poche qui sont formées d'une couche épaisse de fibres lisses font repousser ces hypothèses.

Aurait-il mieux valu faire la laparotomie ? M. Berger ne le pense pas, étant données et l'existence des adhérences nombreuses autour de la tumeur, et la situation anormale des uretères.

M. Berger conclut que l'intervention dans les cas de rétention des règles dans la cavité utérine est un fait grave contrairement à ce que M. Lucas-Championnière a dit dans une séance de la Société de chirurgie, car on ne sait jamais ce qu'il y a derrière ces tumeurs sanguines.

M. *Lucas-Champonn ère.* Je n'accepte pas ce que vient de dire

M. Berger, et d'abord cette observation ne rappelle en rien ce que l'on observe dans les cas de rétention des règles dans la cavité utérine. Pour moi il y a eu là une erreur de diagnostic; il s'agissait d'une hématocèle du ligament large. Et puis, est-ce une bonne opération que de gratter l'intérieur d'une poche avec les doigts et avec une curette ? Je n'ai jamais dit que l'on pouvait opérer imprudemment, mais je maintiens que, bien conduite, l'intervention dans ces cas est sans danger.

M. *Berger*. Sur quoi se fonde M. Lucas-Championnière pour dire qu'il y a eu là erreur de diagnostic ? Il ne s'agissait sûrement pas d'une hématocèle du ligament large, ni d'une hématocèle de la trompe, car dans ces cas on ne trouve pas autour de la collection sanguine une paroi de fibres musculaires lisses continue, comme il en existait une ici.

Et puis l'hématocèle n'explique pas ces malformations de l'appareil génital. Le professeur d'anatomie pathologique de Toulon qui a examiné les pièces a conclu comme M. Jouel.

Je maintiens que dans ces cas l'intervention est toujours grave même avec la laparotomie, car la malade n'a pas plus d'une chance sur quatre d'échapper à la mort.

GENU VALGUM. — M. *Kirmisson* présente l'articulation du genou d'un jeune enfant atteint de genu valgum pour lequel on lui avait fait, il y a deux ans, l'ostéoclasie avec l'appareil de Robin (de Lyon). Trois mois après l'opération il sortait de l'hôpital très bien guéri, la jambe dans la rectitude normale. Mais bientôt il voyait la déformation se reproduire.

Cet enfant a succombé à une tuberculose pulmonaire. L'examen du squelette du membre inférieur montre que la déformation reconnaît pour cause principale une courbure vicieuse de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur. Il y a bien en même temps une légère hypertrophie du condyle interne, mais elle ne joue qu'un rôle peu important dans la déviation du membre.

M. *Lannelongue*. Toutes les fois que l'on fait l'ostéoclasie pour un genre valgum, la déformation se reproduit.

ECTOPIE DU TESTICULE. — M. *Monod*. J'ai enlevé récemment un testicule ectopié douloureux. Il s'agissait d'un homme de 45 ans qui portait dans l'aine gauche une tumeur volumineuse dans laquelle on sentait très-nettement un testicule qui était absent de la bourse du côté correspondant.

L'opération a été très-simple, j'ai incisé la peau, les tissus sous-jacents et la séreuse vaginale; il s'est écoulé une certaine quantité de liquide et j'ai trouvé au-dessous d'une volumineuse hernie épiploïque le testicule petit et atrophié.

J'ai réséqué l'épiploon hernié après l'avoir séparé par deux fils de catgut fort, j'ai ensuite enlevé le testicule, puis j'ai réséqué tout le sac séreux et j'ai fermé l'orifice herniaire. Les suites de l'opération ont été des plus simples; le 8e jour tout était terminé.

La résection du sac a un immense avantage, elle empêche la hernie de se produire de nouveau.

Je me suis demandé quelle pouvait être la cause des crises douloureuses observées chez ce malade. Les froissements, l'étranglement du testicule par les anneaux ont été incriminés par beaucoup de chirurgiens, mais ici rien de semblable ne pouvait se produire et je suis porté à croire que la douleur était causée par la pression exercée sur le testicule par le liquide contenu dans le sac. Je veux ajouter encore un mot sur l'état des testicules ectopiés.

Il est bien démontré que le testicule ectopié ne fournit pas de spermatozoïdes et est atrophié. J'ai fait des recherches qui ont porté sur 3 de ces organes ectopiés, et qui m'ont montré que les lésions anatomiques varient avec l'âge de l'ectopie, c'est-à-dire avec l'âge du malade. Chez les jeunes sujets on peut trouver un testicule normal contenant des spermotozoïdes dans ses tubes et dans lequel la spermatogenèse s'accomplit normalement, mais bientôt survient une sclérose péri-canaliculaire, l'épithélium des tubes subit la dégénérescence graisseuse et la sécrétion ne se fait plus. Aussi quand un testicule ectopié devient douloureux, il ne faut pas hésiter à en faire le sacrifice.

Hydrarthrose chronique du genou. — M. *Terrillon* présente une malade guérie d'une hydarthrose chronique du genou par ponction et injection dans l'articulation d'une solution phéniquée à 3 0/0. On a fait passer dans l'articulation 2 litres 1/2 de liquide, puis le genou a été comprimé et immobilisé pendant 18 jours. Non seulement l'hydarthrose est très-bien guérie, mais l'épaississement sous-tricipital qui existait au moment de la ponction a disparu. M. Terrillon lave l'articulation jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

M. *Reclus*. J'ai fait avec succès cette opération dans un cas d'hydarthrose aiguë consécutive à la pénétration d'une longue aiguille dans l'articulation du genou.

M. *Richelot*. J'ai obtenu de très-bons résultats par le procédé dont parle M. Terrillon. J'emploie la solution phéniquée au 1/20, mais jamais je n'ai vu le liquide ressortir clair.

M. *Bouilly*. J'ai échoué dans un cas d'hydarthrose chronique du genou où j'ai des lavages avec la solution phéniquée. Cela tient, j'en suis sûr, à la présence de corps étrangers articulaires.

La Société de chirurgie reprendra ses séances le 15 octobre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. Féréol.

Etiologie de la fièvre typhoide. — *M. Féréol*, au nom de M. Devalz, donne lecture de la relation d'une petite épidémie de fièvre typhoïde observée à Eaux-Bonnes. Une dame arrivait de Paris avec les premiers symptômes de la fièvre typhoïde et était guérie au bout de quatre semaines. Les trois filles de l'hôtelier, qui respiraient un air confiné en rapport constant avec celui des cabinets où étaient jetées les matières fécales de la malade, tombèrent successivement malades. Ce fait semble prouver que, quelquefois au moins, la propagation de la fièvre typhoïde peut se faire par l'air inspiré.

Recherches sur l'urobilinurie. — *M. Hayem* donne lecture d'un très intéressant travail sur l'urobiline. Dans une première partie, consacrée à la technique, M. Hayem expose comment, à l'aide du spectroscope, on peut reconnaître l'urobiline dans le sérum du sang et dans l'urine. La seconde partie du travail de M. Hayem est consacrée à l'exposé des résultats cliniques.

L'excrétion d'une quantité anormale d'urobiline constitue l'urobilinurie ; ce phénomène peut n'être que passager ou bien être intermittent ou enfin se présenter d'une façon durable. L'urobilinurie est-elle peu marquée, la coloration de l'urine est à peine changée ; quand elle est très abondante, on a l'urine hémaphéique de Gubler. L'urobiline se trouve dans l'urine, suivant les cas, soit seule, soit associée à une quantité plus ou moins considérable de pigments biliaires. Constante pendant les périodes d'asystolie des affections cardiaques, l'urobilinurie se rencontre fréquemment dans les intoxications, les maladies du foie, les affections cérébrales et dans quelques maladies chroniques ; on la rencontre aussi fréquemment dans la plupart des maladies aiguës. M. Hayem ne croit pas que l'urobiline seule puisse produire l'ictère. Enfin M. Hayem a pu constater, dans tous les cas où il avait observé l'urobilinurie, une stase veineuse du foie avec léger catarrhe des voies biliaires, avec infiltration ou dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique.

Dans la troisième partie de son travail, M. Hayem étudie l'origine de l'urobiline. Pour le savant professeur, le foie altéré, au lieu de f[illegible]briquer des pigments normaux, fabrique de l'urobiline, laquelle, [illegible]après certains faits cliniques, passerait directement des voies [illegible]liaires dans le sang.

En terminant, M. Hayem recherche la valeur pronostique du symtôme urobilinurie : passagère, elle indique des modifications tempo-

raires de la circulation hépatique ; permanente, elle indique l'infiltration ou la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

SAPELIER.

NÉCROLOGIE

Le Dr SCHAAK, ancien médecin des hôpitaux de Lyon.

Le Dr STUTEL, de St-Dié, décédé le 27 avril, à l'âge de 40 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La Faculté vient de présenter pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale. *En première ligne* : M. Pécholier, par 10 voix contre 5 données à M. Hamelin. *En deuxième ligne* ; M. Hamelin par 8 voix contre 7 données à M. Mossé *En troisième ligne* : M. Mossé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par décret, en date du 23 juillet 1887, la chaire de pathologie interne de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est transformée en chaire de pathologie interne et pathologie expérimentale.

— Par décret, en date du 23 juillet 1887, M. Leroy, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne et pathologie expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille (chaire nouvelle).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté ministériel, en date du 22 juillet 1887, un concours s'ouvrira le 1er février 1887, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. Gréhant, docteur ès sciences, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physiologie générale de l'Ecole pratique des Hautes-Études, est nommé directeur adjoint dudit laboratoire.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE. — Par arrêté ministériel, en date du 22 juillet 1887, M. Marié Davy, président de la Société française d'hygiène, a été nommé membre du comité chargé d'assurer la participation de la France au congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (Autriche), en 1887 (section d'hygiène).

MÉDECINS DES ASILES. — M. le Dr CORTYL, directeur-médecin en chef de l'Asile de Saint-Yon, est appelé, sur sa demande, à la direction de l'Asile de Bailleul (Nord). — M. le Dr GIRAUD fils, directeur-médecin en chef de l'Asile de Fains (Meuse), est appelé à la direction de l'Asile de Saint-Yon.

BUREAUX DE BIENFAISANCE.— *Réinstitution des médecins.* — Par arrêté ministériel, en date du 1er juillet, sont réinstitués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance, pour une période de quatre années, à partir de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en exercice, dont les noms suivent :

Ier arrondissement : MM. Boissier, Charpentier, Colson, Regnault, Richard (Ernest) et Richard (Paul) ;

IIe arrondissement : M. Legué, Lobligeois, Martellière, Pascalis et Radou ;

IIIe arrondissement : MM. Boyer, Regeard et Rueff.

IVe arrondissement : MM. Avezou, Commenge, Déal, Dezarnaulds, Garnier, Guyard, Henszel, Mérijot, Soudée, Vigouroux et Resch ;

Ve arrondissement : MM. Brochin, Roussy, Gervais, Deffaux, Delisle, Lecoconnier, Laugier et Barrault ;

VIe arrondissement : MM. Lecoin, Venet, Tranchant, Vinache, Reuss, Foucart et Guillier ;

VIIe arrondissement : MM. Bader, Tisné, Blet, Audigé, Loiseau-Bouen, Meige et Tolédano ;

VIIIe arrondissement : MM. Pierreson, Siry, Diday, Boncour et Billon ;

IXe arrodissement : MM. Piberet, Blondet, Besnier, Fédérowicz, Geneste et Moulard ;

Xe arrondissement : MM. Boivin, Hémey, Chabert, Rœser, Gérard, Fissiaux, Piérin, Rotillon, Tripet, Bonnot et Picard ;

XIe arrondissement : MM, Rogron, Pasteau, Humbert, Malherre, Trapenard, Miquel, Landois, Montignac, Boussi, Cornilleau, Tourangin, Calmeau et Naudet ;

XIIe arrondissement : MM. Gibert, Mallet, Bloch, Morisson, Dombax et Jarjon ;

XIIIe arrondissement : MM. Bureaux, Franco, Paulier, Boulland, Lebont, du Perrier et Chatelain ;

XIVe arrondissement : MM. Bonne, Coumétou, Fèvre, Lacaille, Lartigues, Macqret et Piérin ;

XVe arrondissement : MM. Tapie, Simon, Queyssac, Marieur, Legrand Lagelouze, Doury, Destrem et Ancelin ;

XVIe arrondissement : MM. Saint-Martin, Raoult et Sée.

XVIIe arrondissement. — MM. Masson, Demay, Séailles, Lebeau, Fabre et Mugnier.

XVIIIe arrondissement. — MM. Franckel, Perrochon, Mook, Boh. Fabre et Gaspais.

XIXe arrondissement. — MM. Gérard, Gillet, Jounia, Forestier, Baucher, Ruelle, Texier et Tarius.

XXe arrondissement. — MM. Perrin, Brochon, Chenet, Sénac, Dupré, ·-duin, Pilon, Delarue, Braunberger, Kinzelbach et Outin.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — Un concours pour la place de médecin-résident à l'hôpital Saint-André de Bordeaux doit avoir lieu le 4 octobre 1887.

Le traitement est de 1,200 francs. Les fonctions de médecin-résidant sont de trois ans ; il est nourri, chauffé et éclairé.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 19 juillet 1887, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. de Taroni, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 20 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Roux et Doué.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe, docteurs en médecine Fortoul, Michel, Aubert et Laffont.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Santelli, Le Guen et Rouxel.

— Par décret en date du 20 juillet 1887, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxème classe. — M. Desmoulins, aide-médecin de la marine démissionnaire, docteur en médecine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Calot, pharmacien de deuxième classe de la marine démissionnaire.

— Par décret en date du 21 juillet 1887, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Crossouard, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décret en date du 21 juillet 1887, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Mangin, médecin de deuxième classe de la marine démissionnaire.

Bulletin de la mortalité *du* 17 *au* 23 *juillet* 1887. — Fièvre typhoïde 20 — Variole, 8. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, Croup, 25. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 42.

Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 40. — Paralysie, 4 — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 53.

Bronchite aiguë et chronique, 32. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 48 Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 97.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 15. — Sénilité, 17. — Suicides et autres morts violentes 36. — Autres causes de mort, 119. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 853. — Résultat de la semaine précédente : 894.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 90 Mardi 2 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

—

De l'accouchement prématuré artificiel chez la femme à bassin vicié. (1)

La prévoyante nature ne fait pas toujours bien ce qu'elle fait et
Sans en chercher la preuve
En tout cet univers et l'aller parcourant,
Dans... *l'Obstétrique* je la treuve.

Telles sont les conclusions que l'on peut tirer d'un ouvrage important, fruit d'un long, ardu et consciencieux travail, que vient de publier M. le Dr La Torre.

D'après nombre d'accoucheurs : Besnard, Smellin de la Motte, Maygrier, Mme Lachapelle, Mme Biron, Velpeau, Moreau et plus récemment Cazeaux, Chailly Honoré, Ferdut, Pean, Delpech, Durand, etc. les bassins rétrécis auraient une influence considérable et providentielle sur le développement du fœtus ou l'évolution de la grossesse, celui-ci restant moins volumineux (ce qui serait bien conséquent avec elle-même de la part de la Providence) celle-ci se terminant avant terme (ce que l'on cherchera à obtenir artificiellement pour remplacer la nature).

Or, ces bons procédés de dame nature lui ont été gratuitement prêtés par les auteurs et il est bien démontré qu'il n'en est pas ainsi; « les sténoses pelviennes, sous quelque point de vue qu'on les envisage, n'exercent aucune influence sur la marche de la gestation. Il semblerait, *au contraire*, qu'elles *éloignent* certaines *conditions favorables à l'expulsion prématurée de l'œuf.*

(1) Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié. Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement prématuré artificiel par le docteur ...ce La Torre. O. Doin, édit., 1887, Paris.

Et pour comble de contre-sens de la part de Lucine, déesse qui préside, paraît-il, aux accouchements, « *l'accouchement avant terme spontané est, en général, plus fréquent chez les sujets bien conformés que chez ceux atteints de malformations pelviennes.* »

Les primipares, les multipares à bassin vicié mènent leur grossesse jusqu'à terme, leurs fœtus acquièrent le même volume chez les unes comme chez les autres et se développent *mieux* que chez les femmes à bassin bien conformés. C'est le père, qui, par sa taille, sa constitution, son âge, son état de santé, imprime son cachet à sa progéniture et le fait grand dans un bassin petit.

Les bassins mesurant moins de 9 centimètres ne permettraient pas sans danger et spontanément le passage d'un fœtus bien développé. Il faut donc que l'homme de l'art intervienne et répare les imprudences, les inconséquences, les négligences de dame nature. Quel procédé employer? Trois sont en présence. L'accouchement prématuré, si l'on s'aperçoit à temps de la sténose pelvienne, l'intervention chirurgicale (opération césarienne, opération de Porro, laparo-élytrotomie) ou l'intervention obstétricale (craniotomie, céphalotripsie ou craniotripsie), si l'on se trouve en présence d'une rétrécie à terme.

L'accouchement prématuré est le procédé de choix lorsqu'il est applicable; la viabilité obstétricale doit être abaissée à six mois, et, aujourd'hui, après l'introduction de l'antisepsie, de la couveuse et du gavage, cette opération ne présente plus aucun inconvénient. *Toutes les mères sont sauvées* et 88 p. 100 des enfants peuvent sortir vivants de l'hôpital. Hélas! les seuls procédés que l'on puisse mettre en œuvre lorsque l'on a laissé la femme arriver à terme sont loin d'une telle innocence.

Le but, l'idéal, est de sauver la mère et l'enfant. L'intervention chirurgicale seule peut atteindre ce but.

Malheureusement, ainsi que l'indique M. La Torre, l'opération césarienne avec modification de Sauger et l'opération de Porro ne donnent pas tous les résultats qu'on en attendait et peut-être « la craniotomie serait, à la rigueur, préférable ». « La mortalité de la céphalotripsie et de la craniotripsie pour les mères est moindre, et quand même elle serait plus grande, on ne voit pas survenir chez les femmes qui survivent à la céphalotripsie les graves complications locales et générales observées à la suite de deux autres méthodes opératoires ». Oui, mais l'enfant, dirons-nous à M. La Torre, serait-ce, comme en Chine, une quantité négligeable, et un être, arrivé à terme, aussi bien conformé que dans un bassin normal; n'a-t-il pas droit à l'existence si on peut la lui laisser sans que la mère soit pour cela fatalement sacrifiée? Aussi le procédé obstétrical (destruction de l'enfantement) nous semble-t-il un pis aller, et seulement bon entre

les mains d'opérateurs qui n'ont guère pu avoir ainsi qu'une statistique trop chargée dans les opérations chirurgicales graves, auxquelles, par leurs études mêmes, ils sont mieux prédisposés, et si nous prenons la statistique nous voyons que la mortalité de l'opération césarienne, qui était de 56 à 60 p. 100, s'est abaissée à 10 p. 100, c'est-à-dire au-dessous du chiffre de mortalité le plus faible de l'ovariotomie 11 p. 100, statistique de Hubert fils, de Louvain. M. La Torre ne nous parle pas de la laparo-élytrotomie, qui prend en considération et la vie de l'enfant et la vie de la mère. Le Dr Clarke de Brooklyn a fait récemment une étude complète à son égard. Et si l'on met à part les cas où une faute opératoire a été commise, où les femmes étaient opérées in extremis, on se trouve en présence de 5 opérations de laparo-élytrotomie suivies de succès, Gaillard Thomas, Skeze et Gillette. « Ces succès, dit M. Ganzinetti dans un article fort bien étudié, s'expliquent par les bonnes conditions dans lesquelles se trouvaient les femmes au moment de l'opération et par l'absence de fautes ou d'accidents opératoires graves, capables d'entraîner la mort. »

Ici nous serions plus disposé à nous rapprocher de M. Ganzinetti que de M. La Torre et avec le premier nous dirons : « Si, comme nous le croyons, le temps n'est plus loin où la craniotomie disparaîtra de la pratique des accouchements, du moins en tant qu'opération *faite* sur un fœtus vivant, la plus grande faveur sera accordée un jour aux opérations qui sont tout aussi conservatrices de l'existence des mères que de celles des fœtus (opération de Sauger et laparo-élytrotomie), ajoutons, à condition d'être faites par des opérateurs autorisés. La démocratisation de la chirurgie est une chose trop délicate lorsque la vie d'êtres humains est en jeu.

Quant à l'accouchement prématuré, dès que l'enfant est viable, M. La Torre le recommande et à juste titre, c'est le moyen par excellence, le meilleur argument en sa faveur, c'est celui que nous donnions au début de cette revue, il répare les inconséquences de la nature et la supplée.

Les conclusions du substantiel ouvrage de M. La Torre sont appuyées du résumé de 419 observations recueillies tant à la Clinique qu'à la Charité.

A ces 419 observations se trouve adjointe une série de tableaux statistiques : de 2,260 accouchements dans 1,002 bassins normaux, et de 3,462 accouchements dans les 1,325 bassins rétrécis de la Clinique d'accouchement, de la Maternité et des autres hôpitaux de Paris.

On ne saurait trop reconnaître ici la valeur de statistiques aussi considérables, et la rare puissance de travail qu'a dû déployer M. La

Torre; l'auteur trouvera certainement sa récompense méritée dans la reconnaissance de ceux qui y chercheront et enseignement et profit.

Dr F. VERCHÈRE.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES MALADIES DU CŒUR (*Zeitschrift f. klin Med.*, 1887, 4). — Le mémoire posthume de A. Schott, dont nous donnons un résumé très succinct, est à proprement parler un essai de pathologie générale appliquée devant servir d'introduction à la thérapeutique des maladies de cœur. L'auteur y étudie l'insuffisance du muscle cardiaque, les dilatations et les phénomènes qui les accompagnent : bruits anormaux du cœur et stase vasculaire. — L'insuffisance du muscle cardiaque qui a pour conséquence l'abaissement de la tension artérielle et l'augmentation de la tension veineuse peut-être absolue ou relative; dans ce dernier cas, l'hypertrophie ne suffit pas à compenser les lésions de l'appareil circulatoire. Le muscle cardiaque possède en réserve une grande provision de forces qu'il met en jeu lorsque la tension totale du système vasculaire s'accroît comme après les efforts ou un repas copieux, de sorte que la circulation conserve son allure normale. En tout comparable aux muscles, le cœur s'accroît en force et en substance par l'exercice et l'alimentation; les efforts exagérés, l'excitation de la sensibilité générale, des émotions peuvent produire une dilatation passagère qui se traduit par la faiblesse du pouls. Lorsque l'influence du travail musculaire et des excitations psychiques fait défaut, tous les muscles y compris le cœur peuvent perdre de leur volume, en même temps que cet organe se surcharge de graisse, et plus l'embonpoint augmente, plus le besoin de repos intellectuel et corporel est impérieux par suite de la réduction de volume des organes du mouvement.

La surcharge graisseuse du cœur des gens obèses peut être guérie sans qu'il y ait aucun amaigrissement et alors même que le corps augmente de poids.

Malheureusement les cures d'amaigrissement jouent souvent un rôle funeste chez beaucoup de cardiaques obèses. Les affections gastro-intestinales, les affections dépressives, l'anémie exercent une influence nuisible sur le cœur déjà graisseux. De même tous les processus qui provoquent les dégénérences graisseuses conduisent à l'atrophie du muscle cardiaque.

Dans les cas d'insuffisance absolue, le problème consiste à faire

récupérer au cœur sa substance musculaire perdue et, dans les cas d'insuffisance relative, à hypertrophier le muscle cardiaque.

A. Schott distingue deux formes principales de dilatation cardiaque : les dilatations consécutives aux lésions du cœur; elles constituent avec l'hypertrophie un facteur de la compensation, que le traitement doit respecter ; les dilatations associées à l'insuffisance du muscle cardiaque, qui disparaissent lorsque la compensation est rétablie.

Tous les efforts qui ne sont pas proportionnés à la force du cœur, la marche forcée, l'ascension des montagnes aggravent les dilatations, le pouls devient plus rapide et plus faible. Il en est de même des bains trop froids, trop minéralisés ou trop gazeux.

Tout ce qui affaiblit l'organisme aggrave également les dilatations du cœur. Les affections secondaires des reins produisent les mêmes effets en augmentant la pléthore du système vasculaire.

Dans un grand nombre de cas, les bruits anormaux qui en imposent pour des lésions valvulaires disparaissent, surtout lorsque le malade est anémique. La disparition de ces bruits indique l'absence de lésions valvulaires, et le fait peut avoir lieu d'une façon passagère sous l'influence d'un exercice. Il arrive parfois que la disparition de ces bruits anormaux est précédée par le dédoublement de ces bruits.

Il existe une insuffisance aortique relative qui se caractérise par les phénomènes de stase et qui est due vraisemblablement à l'excessive dilatation de l'aorte et par conséquent est susceptible de disparaître complètement.

Il est assez commun d'observer à Nauheim des insuffisances mitrales consécutives au rhumatisme. Ces insuffisances qui disparaissent sont peut-être dues à des produits inflammatoires qui se résorbent sous l'influence des bains, mais la preuve n'en est pas encore faite. Dans quelques cas cependant il s'agit bien réellement de lésions valvulaires, ainsi que le démontrent les accidents emboliques et cependant l'insuffisance mitrale a disparu dans la suite. Plus souvent le bruit anormal est moins prolongé sans cesser d'exister.

L'accentuation du deuxième ton pulmonaire diminue ou augmente avec l'hypertrophie ventriculaire ; elle diminue dans les insuffisances relatives qui guérissent par un traitement tonique, elle augmente dans les lésions mitrales lorsque l'hypertrophie se constitue et que la stase disparaît. Le renforcement persistant des bruits cardiaques est un phénomène presque toujours lié au rétablissement de la compensation.

La stase sanguine se traduit par la diminution des urines, en raison de la vacuité relative des artères et de l'anémie artérielle des

reins. Mais, malgré cette diminution, il n'y a aucun phénomène de rétention aqueuse et le poids du corps n'augmente pas, parce que la soif et l'ingestion des liquides n'ont pas encore augmenté. Or ces dernières circonstances, l'accroissement de la soif et des liquides ingérés, sont les précurseurs assez constants de l'hydropisie dans les maladies du cœur. D'ailleurs les éléments fixes de l'urine sont retenus en partie par suite des lésions rénales commençantes. Ailleurs c'est l'affaiblissement du cœur droit qui est l'origine de troubles ultérieurs. Mais dans tous les cas la stase rénale est la condition essentielle de ces désordres qui aboutissent à l'hydropisie. Il peut arriver encore que les désordres rénaux survivent à l'affaiblissement cardiaque et que l'on voie survenir des symptômes très analogues à ceux de l'atrophie rénale alors même que le traitement a relevé la force du cœur. Une fois que la stase s'est produite, l'affection cardiaque prend l'aspect d'une maladie générale qui provoque une série de localisations.

Le premier organe qui en souffre est le cœur lui-même. Beaucoup de cas d'angine de poitrine ne sont que les effets d'une dilatation aiguë lorsque le contenu des vaisseaux s'accroît par le fait de l'alimentation ou lorsque le cœur lui-même faiblit à la suite d'une émotion. Il n'est pas rare de voir cette angine de poitrine se transformer en asthme cardiaque.

Du cœur gauche la stase se propage à la petite circulation et au cœur droit. Le foie se tuméfie, devient douloureux, et la stase envahissant le tube digestif, on observe des troubles dyspeptiques. Le foie reste congestioné parfois longtemps avant que l'œdème et l'albuminurie surviennent. Les stases et les œdèmes qui se développent dans certains organes peuvent diminuer ou faire disparaître pour un moment les stases antérieures. C'est ainsi que le foie reprend son volume, que l'appétit renaît lorsqu'apparaît l'œdème des membres inférieurs, qui débarrasse le système vasculaire de son excès de liquide. Ces alternances dans les œdèmes et les stases cessent lorsque l'affection cardiaque fait des progrès, l'œdème se généralise, en même temps les tissus présentent une disposition particulière à l'envahissement des micro-organismes. L. Jumon.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 26 *mai* 1887. — *Présidence de* M. Rendu.

M. *Berbez* lit une observation intitulée : *Phénomènes hystériformes ; attaques et anesthésie cutanée générale survenues après un outrage public* (V. *France Méd.*, n° 83, p. 995).

M. *Rendu.* L'observation intéressante de M. Berbez rentre dans les faits d'hystéro-traumatisme. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai vu, à la suite d'une émotion morale très vive, des symptômes analogues évoluer chez un jeune homme. Le malade était dans l'état cataleptique, les pupilles étaient dilatées, il y avait anesthésie totale. Cet état dura quatre jours. Au bout de ce temps, l'intelligence revint très nette, mais le malade avait perdu tout souvenir de ce qui s'était passé.

M. *Berbez.* Cette amnésie a été observée chez ma malade et embrassait une période de douze jours.

M. *Rendu.* Ces pertes du souvenir s'observent à la suite de causes plus légères. Je me souviens d'avoir constaté ce phénomène chez une dame qui se fit une entorse légère mais très douloureuse. Il y eut une syncope au sortir de laquelle la malade ne put se rappeler ce qui s'était passé depuis deux jours.

M. *Berbez.* Ces amnésies présentent un grand intérêt au point de vue médico-légal. Les malades reconstruisent souvent une histoire fausse ayant toutes les apparences de la vérité.

M. *Ruault* lit un travail sur les *névroses réflexes d'origine amygdalienne* (sera publié).

M. *Rendu.* Je ferai remarquer que les phlegmons amygdaliens ne s'accompagnent presque jamais de ces troubles réflexes. Certains de ces symptômes peuvent être dus à l'inflammation des glandules naso-pharyngées dont la congestion est diminuée également par l'amygdalotomie. Enfin des poussées congestives pourraient expliquer la surdité.

M. *Ruault.* On sait que des troubles réflexes asthmatiques s'observent dans les coryzas chroniques et non dans le coryza aigu. Le même fait peut se produire pour les amygdalites. Dans les cas de grosses amygdales dures, le pharynx est habituellement lisse; enfin, il y a certains phénomènes réflexes qui ne peuvent être révoqués en doute. Si l'on touche avec le galvano-cautère la partie supérieure de l'amygdale, on détermine une douleur auriculaire intense. A la partie inférieure, au contraire, on produit des douleurs épigastriques, un goût acide, etc. J'ajouterai qu'à côté de la pharyngite chronique de l'enfance avec grosses amygdales et tumeurs adénoïdes, il y a une forme congestive d'amygdalite chronique. C'est celle dont je m'occupe ici.

M. *Hischmann.* J'ai souvent constaté la coïncidence de l'amyg-ite chronique avec les tumeurs adénoïdes du pharynx.

M. *Rendu*, au nom de la Société, adresse ses félicitations à M. le ofesseur Bouchard, président de la Société clinique, élu membre de cadémie des sciences.

M. *Hischmann* lit un rapport sur les candidats au titre de membre titulaire de la Société.

Élections : MM. Jocqs, Vilcoq, Derville sont élus membres de la Société clinique.

Les secrétaires,
A. Gilbert. M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

—

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite, par le Dr *G. Apostoli.* (O. Doin, éditeur, Paris 1887).

On sait aujourd'hui « que la grande majorité des inflammations utérines, d'origine probablement septique, naissent le plus souvent d'un arrêt de la métamorphose rétrograde de l'utérus après l'accouchement ou de l'avortement, qu'elles sont créées de toutes pièces par la subinvolution utérine et que des troubles circulatoires, caractérisés par des congestions ou des stases, président à leur involution initiale. » Combattre cette subinvolution utérine, en provoquant la contraction de toutes les fibres musculaires lisses, en excitant et en précipitant la circulation, en accélérant la résorption des exsudats et en corrigeant ainsi une nutrition languissante et pervertie, tel est le but de la faradisation, sorte de massage interstitiel, que déjà A. Tripier recommandait en 1859 pour le traitement des engorgements de l'utérus.

Mais si le courant induit est « souverain au lendemain d'un accouchement ou d'un avortement, dans les formes très jeunes ou congestives de l'engorgement ou de la métrite, il commence à perdre ses droits dans les autres étapes, hyperplasiques, régressives, ou suppurées de l'inflammation utérine. » Et c'est ici que le Dr Apostoli se sépare de son maître et ami le Dr Tripier. Ce dernier, en effet, avait voulu respecter quand même la muqueuse utérine; l'école gynécologique moderne, au contraire, considère que cette muqueuse est le plus souvent malade et que c'est elle qui contient le plus souvent, surtout au début, une fraction plus ou moins grande du corps du délit pathologique. » Aussi la tendance de l'école moderne est-elle de détruire la muqueuse pour la renouveler. Pour cela les uns cherchent à la détruire chirurgicalement au moyen de caustiques liquides ou solides, les autres l'attaquent avec l'instrument tranchant et font soit l'excision, soit le raclage de la muqueuse utérine. D'autres enfin s'adressent au fer rouge ou à la galvano-caustique

thermique. Mais cette thérapeutique intra-utérine est susceptible de reproches ; le Dr Apostoli les résume ainsi :

1° Elle est brutale, aveugle et peut être dangereuse entre des mains inexpérimentées ; 2° elle manque de dosage ; 3° elle est difficilement localisable ; 4° elle a une action plus ou moins instantanée qui s'éteint en général après son application ; 5° elle est quelquefois stérile, inefficace ou éphémère ; 6° elle traite la muqueuse et manque d'action directe sur le parenchyme.

Frappé de ces inconvénients, le Dr Apostoli a cherché à appliquer à l'utérus un courant de pile à l'état constant, à dose suffisante pour détruire la muqueuse et pour produire une dérivation salutaire.

Pour appliquer cette méthode, il faut d'abord être muni d'un bon outillage électrique. Un bon galvanomètre, de bons réophores, une excellente pile (20 à 30 grands éléments Léclanché capables de fournir une intensité de 150 à 250 milliampères pendant une durée de 30 minutes à 1 heure) un excitateur utérin convenable, un électrode cutané en terre glaise, tels sont les principaux instruments indispensables. Quant à la technique opératoire, quant aux soins préparatoires, aux préliminaires, à l'opération proprement dite et aux soins consécutifs, nous ne pouvons les indiquer dans une analyse aussi sommaire et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur au travail si intéressant du Dr Apostoli. Un travail ultérieur nous fera connaître les résultats définitifs durables et permanents qu'on est en droit d'attendre de ce nouveau traitement de l'endométrite.

Dr E. Deschamps

VARIÉTÉS.

La statue de Paul Broca.

La statue élevée à Broca, au moyen d'une souscription faite sous les auspices de la Société d'anthropologie a été inaugurée samedi matin sur la petite place formée par la rencontre de la rue de l'École-de-médecine et du boulevard St-Germain.

Cette statue a figuré au dernier Salon, elle mesure 2 mètres 20 de hauteur. Elle est le résultat d'un concours auquel ont pris part une cinquantaine de sculpteurs. Le lauréat de ce concours, l'auteur de la statue, est M. Choppin, sourd-muet. Broca est debout, en redingote, il tient un crâne de la main gauche, et de la droite il fait mouvoir un compas glissière destiné à mesurer les dimensions de la boîte osseuse.

Le piédestal, en pierre de Boulogne imitant le marbre, est de M. Emile Camut, architecte. Il a une hauteur totale de 2 mètres 80; sur la façade principale est gravée l'inscription suivante :

PAUL BROCA
fondateur
de la
Société d'Anthropologie
professeur
à la
Faculté de Médecine
de Paris
—
Sénateur
—
1824-1880

Sur la face postérieure est gravée cette autre inscription :

Cette statue a été érigée
par souscription universelle
sous les auspices
de la
Société d'Anthropologie
de Paris
le 30 juillet 1887.

L'inauguration s'est faite samedi matin, à neuf heures et demie, en présence de Mme Broca et de ses deux fils dont l'un, M. Auguste Broca, est prosecteur à la Faculté. Sur le désir exprimé par la famille, cette cérémonie a eu lieu de la façon la plus intime.

M. le président du Comité de souscription a résumé brièvement les travaux de ce Comité, puis a remis la statue à M. Magitot, président actuel de la Société d'anthropologie. Celui-ci a répondu dans un excellent discours.

M. de Quatrefages a déposé deux couronnes, l'une de la part de M. Anatole Bordanof, l'autre de la part de la Société d'anthropologie de Moscou. Cette dernière porte l'inscription suivante : « Au savant génial, à l'homme éminent, au fondateur de la Société d'anthropologie de Paris, la section anthropologique de la très reconnaissante Société impériale des amis des sciences naturelles et d'ethnographie de Moscou.

A. Ch.

NÉCROLOGIE

—

Un nombreux cortège, parmi lequel se trouvaient la plupartdes médecins de Rouen, conduisait jeudi dernier au cimetière monumental le Dr Jules

Edouard Gressent, médecin en chef honoraire de l'hospice général, professeur à l'École de médecine.

Sur la tombe, le directeur de l'École, M. Duménil, a reracé en quelques paroles émues la carrière toute de dévouement et d'abnégation de cet homme de bien qui eut pendant de longues années, comme professeur suppléant, la tâche difficile de remplacer Pouchet. Puis M. Pétel, au nom de l'Association des médecins, a rappelé les divers travaux du défunt et lui a adressé un dernier adieu.

Le Dr Alphonse Rousset, professeur à l'École de médecine de Marseille, décédé à l'âge de 55 ans.

NOUVELLES

L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du lundi 25 juillet à l'élection d'un correspondant, dans la section d'anatomie et zoologie. La liste des candidats avait été dressée dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Marion (de Marseille); en deuxième ligne, M. Sabatier (de Montpellier); en troisième ligne, M. Lavocat.

Le nombre des votants étant 32, M. Marion obtient l'unanimité des suffrages.

Le conseil supérieur de l'instruction publique a pris les décisions suivantes dans sa séance de jeudi, 28 juillet 1887 :

1° Adoption d'un projet de règlement portant revision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine. En vertu de ce projet, le titre 3 du statut du 16 novembre 1874, sur les concours d'agrégation de médecine, est abrogé et remplacé par cette nouvelle disposition : suppression de la thèse avec argumentation; cette épreuve est remplacée par un exposé public, fait par le candidat lui-même, de ses travaux personnels ; une demi-heure est accordée pour cette épreuve.

2° Adoption d'un projet de décret concernant la péremption des inscriptions de stage officinal. Aux termes de ce projet, les règles de péremption établies par l'article 27 du décret du 30 juillet 1883 sont applicables aux inscriptions de stage officinal exigé des aspirants au grade de pharmacien, pendant les trois premières années d'études.

En conséquence, tout élève stagiaire qui, sans motifs valables et jugés tels par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou École de pharmacie, néglige, pendant deux ans, de prendre des inscriptions de stage, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans le délai entraînant la péremption.

Missions. — M. Paul Aubry, externe des hôpitaux, membre de la Société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission en Russie pour y étudier l'organisation des hôpitaux.

— M. le Dr Baratoux (de Paris) est chargé d'une mission au Canada et aux États-Unis, en vue d'y étudier l'enseignement de la rhinologie, de l'otologie et des diverses affections du larynx.

Monsieur « Uplairci ». — L'érudition des auteurs allemands est considérée comme bien supérieure à celle des savants des autres nations par tous ceux qui ne savent pas qu'elle consiste uniquement dans la connaissance de nombreuses variétés du « *Centralblatt* ». Les lecteurs du *Centralblatt für Bacteriologie und Parasiterkunde* (n° 18, 1887) doivent être bien renseignés par un extrait dû à M. Kartulis (d'Alexandrie), sur un travail récemment publié par le prof. Hava en langue tchèque et intitulé : *O Uplairci* (*Sur la Dysenterie*). M. Kartulis attribue le travail à M. O. Uplairci, dont il répète le nom à trois reprises et cite les paroles textuelles. Pour le titre, se trouvant en face de l'hiéroglyphe tchèque : Predbezné sdeleni (en français : Communication préalable), il n'hésite pas à le traduire par *Ueber Die Dysenterie* (Sur la Dysenterie), et il a le soin de faire remarquer que la communication qu'il analyse a été publiée en langue bohème ! (*Lyon médical.*)

Le dentiste du roi d'Espagne. — Le journal officiel de Madrid publie un décret signé par M. le ministre Sagasta, ayant pour objet d'élever « Don Raphaël alcade y Buril » à la dignité de dentiste du roi d'Espagne, Alphonse XIII. Ce nouveau dignitaire doit visiter les dents du roi deux fois par semaine, et, si cela est nécessaire, les nettoyer et les plomber.

Don Rafaël reçevra à cet effet une pension de 2,000 francs par mois.

Comme le roi d'Espagne n'est âgé que de quelques semaines, le noble alcade ne doit pas encore trouver beaucoup de dents à plomber.

(*L'Odontologie*)

Choléra. — Le choléra vient de réapparaître en Italie. Depuis le commencement du mois de juillet, il sévit à Catane, en Sicile, où le nombre des décès s'est élevé jusqu'ici à 220. De là il a gagné Rocella, dans la Calabre, où le nombre des cas est, en moyenne, de 4 à 6 par jour, avec 2 à 3 décès. Les villes de Palerme et de Messine ont eu quelques cas isolés. En Sardaigne, la ville de Gagliari serait, d'après les dernières nouvelles, « officieusement indemne ».

Les mesures sanitaires ordinaires ont été prises aussitôt par toutes les puissances méditerranéennes.

Hommage a M. le Dr Espiau de Lamaestre. — L'affection et le respect dont M. Espiau de Lamaëstre, l'honorable directeur de Ville-Evrard, est l'objet, se sont traduits hier après-midi, dit le *Gil-Blas* du 17 juillet, par une manifestation dont le caractère intime et spontané a remué tous les cœurs. Tout le personnel des internes, gardes, infirmiers, etc., a tenu à témoigner de son attachement à M. Espiau de Lamaëstre et à lui donner un gage de sa reconnaissance pour les services qu'il a rendus en lui offrant, par souscription, une croix de chevalier de la Légion d'honneur, qu'un décret présidentiel vient de lui conférer.

(*Progrès médical.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

31e Année. — Tome II. N° 91 Jeudi 4 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 3 *août* 1887.

La question du surmenage intellectuel a ramené à la tribune de l'Académie M. Lagneau, ce bénédictin de la statistique qui appuie toujours ses opinions sur une longue série de chiffres et n'abandonne pas facilement la moindre des conclusions qui lui paraissent si solidement établies.

M. Peter a tenu à répondre à M. Féréol qui reste absolument sceptique au point de vue du surmenage scolaire. M. Peter lit trois lettres, trois nouvelles observations de surmenage, dont deux émanent de médecins. Le spirituel professeur termine par un argument très personnel : il se félicite que ses parents aient été trop pauvres pour l'envoyer au lycée, il en serait mort, dit-il, mort du surmenage intellectuel, et mort de l'air ruminé qu'on y respire. Ses deux fils n'ont pas eu le même bonheur que lui. L'aîné, qui n'était cependant qu'externe surveillé, a contracté la fièvre typhoïde deux mois après [illegible] entrée dans cet enfer, et il a dû chercher un refuge dans l'exter[illegible]. Pour le second, M. Peter a fait mieux encore, il l'a gardé [illegible]. Peut-être cependant serait-il exagéré de croire que tous les [illegible] doivent contracter dans les lycées la fièvre typhoïde, même [illegible] un séjour de plus de deux mois, et qu'au bout de quelques an[illegible] ces honorables établissements ne renferment plus que des déca[illegible] de l'intelligence, selon l'humoristique expression de notre cher [illegible] savant maître.

M. Luys ne croit pas plus au surmenage que M. Féréol. Il montre [illegible] cerveaux ayant appartenu, l'un à un enfant de 16 ans, l'autre à [illegible] adulte de 36 ans. La conformation est absolument semblable et il [illegible] impossible, sans renseignement, de distinguer l'âge de ces [illegible]erveaux. M. Luys en conclut que le cerveau des enfants peut parfai[illegible] supporter sans inconvénient le travail intellectuel auquel [illegible] élèves sont soumis dans les lycées et dans les écoles.

M. Luys apporte un autre argument : M. Peter, dit-il, croit que le [illegible]menage intellectuel peut amener la phthisie pulmonaire. Or s'il [illegible] un domaine dans lequel existe le surmenage intellectuel, c'est [illegible] ément celui de la pathologie mentale, en ce qui concerne du [illegible] les excités maniaques et les paralytiques généraux. Or les [illegible] phthisie pulmonaire chez ces malades sont au contraire

extrêmement rares. Sans doute les conditions ne sont plus les mêmes et le fonctionnement exagéré d'un cerveau sain peut produire d'autres résultats que les divagations continuelles d'un cerveau absolument déséquilibré.

M. *Javal* est revenu avec raison sur un point qui avait déjà été signalé par M. M. Perrin et qui est bien connu de tous les oculistes : c'est que l'inaptitude au travail intellectuel provient souvent de troubles de l'accommodation auxquels on remédie facilement au moyen de bonnes lunettes. M. Javal d'ailleurs ne croit pas plus au surmenage intellectuel que M. Féréol et M. Luys; mais il croit, avec M. Trélat, aux inconvénients de la sédentarité et à la nécessité d'apporter dans nos écoles de sérieuses réformes hygiéniques. Le très petit nombre d'académiciens qui assistaient à la fin de la dernière séance ne nous permet pas de prédire quelle opinion va triompher mardi prochain.

Il y avait en effet très peu de monde lorsque M. Le Dentu a présenté un malade cependant bien curieux auquel il a réséqué avec succès une bonne moitié du sternum pour lui gratter et lui guérir un abcès du médiastin. A. CH.

Paris qui souffre. — La basse geole du Grand Châtelet et les Morgues modernes (1).

Paris qui souffre, c'est Paris qui pleure, c'est Paris qui se ruine, c'est Paris qui a faim, c'est Paris indigent et malade. Paris qui souffre, c'est Paris qui s'épuise dans la lutte pour la vie, c'est Paris qui s'énerve dans l'oisiveté et dans le vice, c'est Paris qui ne sait vivre que de la débauche ou du crime. Paris qui souffre, c'est encore Paris qu'on exploite et qu'on trompe, Paris qu'on asphyxie et qu'on brûle, Paris qu'on empoisonne dans ce qu'il boit, dans ce qu'il mange, et jusque dans l'air qu'il respire. Paris qui souffre, mais en y pensant bien, c'est Paris tout entier.

L'étude publiée par M. A. Guillot ne soulève qu'un coin du voile; elle n'est évidemment qu'un chapitre d'une œuvre profonde et terrible où, sans trahir ses devoirs, l'éminent magistrat révélera quelque jour ce que les murs de Paris peuvent enfermer de misères, d'abus, de douleurs et de hontes.

Le premier fragment de l'ouvrage, seul paru jusqu'à ce jour et dédié au professeur Brouardel, est exclusivement consacré à Paris qui se tue ou qu'on tue : c'est l'Histoire de la Morgue.

On a pu dire des villes du moyen âge qu'on ne saurait les comprendre sans pilori et sans gibet. Ne pourrait-on pas dire presque

(1) Par M. Adolphe Guillot, juge d'instruction à Paris.

aussi bien de Paris qu'on ne saurait le concevoir sans sa Morgue? Huit cents corps, en moyenne, viennent y échouer chaque année ; elle est tout à la fois le bureau des morts perdus, le dépôt des victimes, réelles ou présumées, d'attentats criminels, le lieu de confrontation des inculpés et des cadavres, l'amphithéâtre des autopsies judiciaires, enfin, depuis quelques années, l'école pratique de médecine légale.

Bien qu'on manque sur ce point d'indications précises, on sait cependant que la création de la Morgue remonte à une époque très reculée. Le premier lieu public où furent exposés les cadavres trouvés dans la rivière ou dans les rues de Paris paraît avoir été la basse geôle du grand Châtelet. C'était un antre sombre et infect, creusé au fond d'une tour. Un soupirail garni de barreaux éclairait seul ce souterrain où les corps nus et pêle-mêle étaient abandonnés sur le sol jusqu'à ce que les mains pieuses des filles de Sainte-Catherine vinssent les ensevelir et les porter en terre sainte, au cimetière des Innocents. Les différentes juridictions seigneuriales qui existèrent à Paris jusqu'au XVIIe siècle avaient aussi leurs obitières : tels étaient, par exemple, le prieuré du Temple et celui de Saint-Martin-des-Champs. A en juger par la basse geôle du Châtelet, on peut s'imaginer ce que devaient être les morgues particulières des seigneuries ayant droit de justice.

Les origines de la Médecine légale sont intimement liées à l'institution de la Morgue, et M. A. Guillot se trouve naturellement amené à tracer l'historique des expertises médicales.

Dès le XIIIe siècle on trouve l'indice de l'assistance que l'autorité demandait, dans la procédure criminelle, aux «fisiciens, mièges, mires, sérurgiens et preux des femmes. » Les vieilles coutumes de Normandie, les annales du royaume de Jérusalem, les ordonnances des rois de France depuis Philippe le Hardi traitent de la question des expertises judiciaires. Des lettres patentes de Henri IV portent que les places de chirurgien du Châtelet ne peuvent être remplies que « par des chirurgiens du collège Saint-Côme, par des personnes capables, savantes en bonnes lettres, ayant la théorie et l'expérience requises. »

Les médecins et chirurgiens du Châtelet tenaient un registre sur lequel ils inscrivaient leurs rapports, en général fort sommaires.

Les juridictions seigneuriales avaient aussi leurs experts. Dans l'un des registres criminels de Saint-Martin-des-Champs, datant du XIVe siècle, Henri Ostray, chirurgien lieutenant, requis à l'effet de visiter « une fame morte, harangière » rapporte « par son serment qu'il l'a trouvée sans casseure, froisseure, blesseure navreure et sans aucuns coups orbès, et que elle était morte de maladie appelée

en l'art du sururgie, erysipèle, autrment dicte et nommée le feu Nostre-Dame ».

Un point des plus remarquables dans l'histoire de la médecine légale, c'est la prétention formulée à différentes reprises par l'autorité judiciaire, de faire des médecins les pourvoyeurs de la Police. En 1551 le Parlement leur enjoint de désigner désormais au lieutenant criminel ou au commissaire de quartier tous les blessés de jour et de nuit qu'ils auront à soigner. Une ordonnance de 1788 reproduit cette prescription sous peine de 300 livres d'amendes, d'interdiction et même de punitions corporelles. Avec toute son autorité de magistrat, M. Guillot proteste contre ces vieilles tendances, renouvelées depuis, on sait où et comment ; et il nous rend cette justice que la grande loi morale du secret professionnel est aujourd'hui plus que jamais debout et respectée dans le corps médical.

La Révolution eut aussi ses médecins légistes. Certaines liasses des Archives donnent à craindre qu'on leur ait moins demandé des titres scientifiques que des preuves de civisme.

La basse geôle subsista pendant toute la durée de la première Révolution. Ce fut, dit-on, Chaumette, le fameux procureur de la Commune de Paris qui, en un jour d'attendrissement, demanda le premier un asile plus convenable pour les restes de ceux qu'il appelait, dans le style de son temps « les victimes du crime et du sort. » Mais la Révolution avait d'autres soucis que de réaliser les vœux de ce sinistre philanthrope et la basse geôle du Châtelet resta jusqu'en 1804 le charnier officiel de Paris.

Un certain nombre de projets furent alors présentés. L'un d'eux, appartenant à l'architecte Giraud, proposait de placer la nouvelle Morgue sous le Pont-Neuf. L'auteur de ce projet, d'un goût fort contestable, avait imaginé d'agrémenter l'édifice d'un corps de garde et d'un café avec une obélisque et un phare. Après maintes traverses on finit par choisir le quai du Marché-Neuf où l'on utilisa un bâtiment à demi ruiné, boucherie datant du XVIe siècle et construite, paraît-il, par Philibert Delorme. La translation eut lieu le 1er fructidor an XII. C'est à partir de cette époque que, dans les actes administratifs l'appellation *basse geôle* disparaît définitivement pour faire place au mot *morgue*.

Le nouveau bâtiment s'appuyait sur le massif du quai, près du pont Saint-Michel et s'avançait de toute sa profondeur sur le parapet du petit bras de la Seine. Un escalier conduisant à la berge servait à monter les noyés qui étaient amenés en bateau. Ce funèbre édifice émergeant de la rivière au milieu d'un amas de bicoques et d'hôtels borgnes reste dans le souvenir de ceux qui l'ont connu comme un des coins les plus curieux de notre ancien Paris. Le croquis qu'en

dessine M. A. Guillot, dans son livre, est d'un pittoresque achevé et vaut la belle eau-forte inspirée à Meryon par le même sujet. Au point de vue de l'aménagement intérieur, la Morgue du Marché-Neuf était à peine un progrès sur la basse geôle du grand Châtelet. La commission de salubrité disait en 1832 : « Il n'y a pas d'établissement public où les convenances soient plus mal observées et où l'on rende aux morts aussi peu de respect. » Les malheureux employés obligés de coucher presque à côté de leurs hôtes respiraient un air empesté ; les rats s'attaquaient aux cadavres. Cet état de choses se prolongea un demi-siècle.

Dr Pignot.

(*A suivre*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

Traitement de l'asthme des foins. (*The Cavendish lecture by Sir Andrew Clark British med. Journal*, 11 *juin* 1887.) — On connaît cette affection catarrhale des voies respiratoires à laquelle nos voisins ont donné les noms de hay-fever, hay-asthma, pollen-fever, rose-cold qui ont le tort de ne désigner qu'une particularité de l'étiologie de l'affection et de détourner l'attention des causes constitutionnelles. S'il est vrai que l'hay-fever peut être déterminé par le pollen de certaines graminées, la lumière, la poussière comme les causes locales peuvent provoquer le paroxysme. Suivant sir Andrew Clark, il y a trois grands facteurs étiologiques de l'asthme des foins ; la constitution nerveuse, un état d'irritabilité locale, la cause provocatrice.

La constitution nerveuse est héréditaire ou acquise. Elle s'acquiert sous l'influence complexe d'une civilisation à outrance, aussi bien par le surmenage intellectuel, par la sédentarité, que par la vie molle et luxueuse. L'hay-fever attaque l'homme avant la femme, l'habitant civilisé des villes avant l'homme des champs,

La cause prédisposante locale consiste, suivant l'auteur, dans une irritabilité névro-circulaire. Lorsque celle-ci entre en jeu, le tissu érectile devient turgide, les vaisseaux regorgent de sang et bientôt il se fait une sécrétion muqueuse abondante. C'est sur ce terrain préparé qu'agissent facilement les causes irritantes depuis longtemps invoquées.

Les indications consistent donc à soutenir et fortifier le système nerveux, à combattre l'irritabilité locale, à supprimer les causes provocatrices de la maladie.

On pourrait être assuré du succès en suivant cette dernière indica-

tion, en envoyant le malade au bord de la mer ou dans les hautes montagnes. Mais ce moyen n'est pas à la portée de tout le monde. D'ailleurs, les deux autres conditions pathogéniques persistent toujours et il y a nécessité de les combattre. On relèvera la constitution par un régime et un traitement toniques. Ce traitement général est utile, mais il ne suffit pas pour préserver le malade : le traitement local qui fournit les succès les plus constants consiste à modérer ou à supprimer l'irritabilité de la muqueuse nasale. Les applications locales d'aconitine et d'atropine n'ont donné que des résultats insignifiants. Il n'en est pas de même des préparations de cocaïne sous forme de solution (de 5 à 15 p. 0/0), de spray, ou de bougies composées de gélatine et de glycérine ; elles peuvent à l'occasion avoir leur utilité, mais on ne devra pas compter cependant sur un succès constant.

Le mieux est encore de détruire pour ainsi dire l'excitabilité de la muqueuse nasale, de manière qu'elle ne puisse plus réagir aux agents pathogènes de l'hay-fever.

Il ne faut pas oublier en cela le traitement constitutionnel : régime simple mais fortifiant, modération extrême sous le rapport des alcooliques, exercice ; emploi du tartrate de fer, du bromure d'ammonium, de la teinture de noix vomique, de l'arséniate de soude, du sulfate de quinine.

Pour le traitement local on se sert d'une mixture composée de :

Glycérine............................	25 gr.
Acide phénique....................	6 gr.
Chlorydrate de quinine..........	4 gr.
Sublimé..............................	3 centigr.

La quinine ne se dissout qu'à la condition de chauffer le mélange. On commence par nettoyer les fosses nasales du mucus qui les encombre par une douche d'eau tiède contenant 30 grammes de boro-glycéride par demi-litre. On plonge ensuite un pinceau dans le mélange phéniqué, on exprime l'excédant et on porte le pinceau à l'intérieur des narines. On le dirige la pointe en haut et on badigeonne la paroi supérieure de la fosse nasale. On retire le pinceau pour le charger de nouveau et on procède de même sur la paroi inférieure de la cavité nasale jusqu'au pharynx. Enfin on badigeonne la face postérieure du voile du palais en introduisant un pinceau par la bouche et le pharynx.

Les effets sont plus ou moins désagréables et plus ou moins persistants. On observe habituellement un peu de céphalalgie, un écoulement muco-sanguinolent, parfois même un paroxysme semblable à celui de la fièvre de foin. Il faut donc prévenir le malade de la possibilité de ces accidents, afin de le tranquilliser.

On renouvelle les badigeonnages suivant les effets immédiats, en général trois ou quatre suffisent à deux ou trois jours d'intervalle. Depuis vingt ans que l'auteur emploie ce traitement, il a pu constater qu'aucun ne donne un nombre de guérisons aussi considérable ; souvent même le succès est définitif. L. JUMON

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 *août* 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° Une lettre de M. le Dr Boyaux de Bricon (Haute-Marne), qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté, renfermant un mémoire concernant la construction d'un nouvel appareil de balnéation (accepté).

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT. — M. *Dujardin-Beaumetz* lit un rapport sur un appareil qu'il a présenté récemment sous le nom d'atmiomètre, de la part du professeur Jacobelli, et qui sert aux inhalations médicamenteuses.

M. Dujardin-Beaumetz a employé cet appareil sur un grand nombre de malades, tuberculose pulmonaire, pneumorrhagie, bronchite chronique avec emphysème, gangrène des bronches, anémie, dilatation de l'estomac. Grâce à la pompe aspirante et foulante, on peut, en effet, faire pénétrer des gaz médicamenteux dans les cavités closes.

Le prix de cet appareil, malheureusement très élevé (4,000 fr.), en restreint jusqu'à maintenant l'emploi au laboratoire. Il peut servir à de nombreuses recherches physiologiques.

LE SURMENAGE INTELLECTUEL. — M. *Lagneau* montre par des chiffres que chez les lycéens la taille est moins considérable, le poids moins grand, le périmètre de la poitrine moins étendu que chez les enfants de même âge des écoles communales. Il ne croit pas que l'hérédité soit suffisante pour expliquer les nombreuses affections qui surviennent chez les enfants surmenés.

M. *Peter*. M. Féréol nous a dit que le surmenage intellectuel n'existait pas, cela peut paraître un peu forcé. M. Peter, comme M. Féréol, aime aussi beaucoup l'Université, il en fait même partie comme professeur de l'enseignement supérieur, mais il ne pense pas qu'il faille pour favoriser les humanités oublier l'humanité.

M. Peter a observé un certain nombre de surmenés qui n'étaient ni des prédisposés, ni des dégénérés, ce sont bien des accidents causés par le surmenage intellectuel. M. Peter a déjà lu à l'Académie des lettres très probantes à cet effet. On lit aujourd'hui trois nouvelles lettres ayant le même but. La première de ces lettres est de M. le Dr Levieux, correspondant de l'Académie à Bordeaux, qui

cite des exemples de surmenage analogues à ceux qu'a rapportés M. Peter. La seconde est d'un médecin de Honfleur, le Dr Henri Marais, père de famille, qui raconte les faits observés sur ses propres enfants. La troisième est celle d'un jeune lycéen qui a reconnu dans le discours de M. Peter les symptômes qu'il éprouve lui-même, surmené.

Ces surmenés ne succombent pas tous à la fièvre typhoïde, mais ils restent tous plus ou moins des décapités de l'intelligence. M. Marc Sée, compulsant les registres de l'infirmerie du lycée Saint-Louis, n'a pas trouvé qu'il y eut plus de malades à l'époque des mois de mai, juin et juillet, à l'époque des examens et des concours, que dans le reste de l'année. Mais ce n'est pas au lycée qu'on observe ces faits, c'est dans les familles, c'est après les concours et les examens.

M. Peter termine par un argument personnel. Il a eu le bonheur d'avoir des parents trop pauvres pour qu'ils pussent le mettre au lycée ; il en serait mort, mort du surmenage intellectuel et de l'air confiné, de l'air ruminé qu'on y respire. Ses deux fils n'ont pas eu le même bonheur. L'aîné, externe surveillé, a eu la fièvre typhoïde deux mois après son entrée au lycée, il a dû le mettre externe libre; quant au second, instruit par l'expérience, il l'a gardé chez lui.

M. *Luys*. M. Peter a cherché à établir un lien pathogénique entre la tuberculose pulmonaire et le surmenage intellectuel. Il pourrait bien se faire que la tuberculose eût dans ces cas d'autres portes d'entrée dans l'économie que le surmenage intellectuel.

M. *Peter* n'a pas dit que le surmenage intellectuel fut la cause unique de la tuberculose pulmonaire, c'est une des causes.

M. *Luys*. S'il est un domaine dans lequel on observe le surmenage intellectuel, c'est assurément celui de la pathologie mentale. Nos paralytiques généraux, nos excités maniaques sont des gens dont le cerveau est depuis longtemps et constamment surmené. Or, sur 1,086 observations d'aliénés, M. Luys n'a vu que six fois se développer la tuberculose et encore c'était chez des mélancoliques déprimés, ne se nourrissant pas d'eux-mêmes et affaiblis par un long usage de la sonde œsophagienne.

Les jeunes gens sont-ils bien réellement surmenés pendant le cours de l'année scolaire? Voyons comment, de 10 à 20 ans, est constitué le cerveau. Le poids du cerveau d'un enfant de 16 ans, d'après Parchappe, est de 1,087 grammes, celui d'un adulte n'est que de 1,323; la différence est relativement peu considérable. Il y a certains sujets adolescents qui, avant l'âge de 20 ans, ont acquis presque complètement le développement cérébral qu'ils doivent avoir à leur apogée.

M. Luys montre à l'Académie deux cerveaux de sujets masculins, l'un de 16 ans, l'autre de 36 ans. Si on ne savait pas par avance la différence d'âge qui sépare ces deux cerveaux, il serait impossible de dire quel est celui qui a 16 ans et quel est celui qui a 36 ans. Le cerveau de 16 ans, sauf quelques grammes en poids, est à peu près le même que le cerveau de 36 ans.

Il ne faut pas, sous prétexte de surmenage et de fatigue intellectuelle, manquer d'exercer cet admirable instrument, le cerveau.

Au point de vue de la physiologie cérébrale y a-t-il réellement quelques dangers ? Le véritable surmenage n'existe pas chez les enfants mais bien plutôt chez les adultes.

Dans l'état actuel des choses, il n'y a donc pas de disproportion entre le travail intellectuel que l'on demande aux enfants et le cerveau qui doit accomplir ce travail. Mais il y a des enfants atteints de prédispositions héréditaires qui forment le véritable appoint du surmenage intellectuel. Ces sujets présentent des caractères somatiques et intellectuels particuliers, s'ils veulent suivre leurs camarades, ils finissent par être surmenés et forcés d'abandonner la carrière.

M. Luys ne croit pas convenable d'abaisser les programmes au détriment de l'intérêt des générations futures.

M. *Javal* à vu de ces sujets qui ont une incapacité intellectuelle considérable et qui reprennent tous leurs moyens lorsqu'on met leurs yeux dans la possibilité de travailler. La solution de la question se trouve généralement dans l'examen des yeux. Plus M. Javal cherche, moins il trouve de cas de surmenage intellectuel. Si l'on parle de sédentarité, c'est autre chose. On ne fera rien par une diminution des programmes. Si on ne mettait pour tout programme d'entrée à l'Ecole polytechnique que l'arithmétique, ce seraient encore les 150 jeunes Français qui sauraient le mieux l'arithmétique qui entreraient à l'École et ils feraient les mêmes efforts pour en arriver là.

Quant à la question de la myopie scolaire, la question n'est pas d'empêcher les enfants de lire beaucoup, mais de les empêcher de lire dans de mauvaises conditions.

La conclusion présentée par la Commission est donc excessive, M. Javal voudrait que l'on parlât seulement de la sédentarité et non du surmenage qui n'existe pas à proprement parler.

M. *Peter* a parlé précisément de malades chez lesquels les troubles oculaires ne paraissaient jouer aucun rôle, de malades qui ne pouvaient entendre un cours de philosophie ou d'histoire sans éprouver les symptômes du surmenage ? Faut-il donc aussi admettre des troubles de l'oreille ?

M. *Féréol* ne croit pas que la fièvre typhoïde puisse naître du sur-

menage intellectuel. Admettant ou non les bacilles, on ne peut nier la spécificité de la fièvre typhoïde.

Il y a une question qu'on n'a pas abordée ici, c'est celle de l'onanisme, qui est une véritable plaie dans un si grand nombre d'établissements d'instruction et qui sans doute joue un plus grand rôle dans les phénomènes observés que le prétendu surmenage intellectuel.

M. *Hérard.* M. Féréol demande quel rapport peut exister entre le surmenage intellectuel et la fièvre typhoïde. Il y a ceci, c'est que lorsque nous sommes surmenés, nous sommes déprimés, alors les maladies infectieuses ont beaucoup plus de prise sur nous, la fièvre typhoïde en particulier.

M. *Trélat.* L'Académie est très divisée au sujet de cette question douteuse, le surmenage intellectuel, tandis que tout le monde est d'accord au point de vue des mesures hygiéniques qu'il est nécessaire d'introduire dans les écoles. M. Trélat ne votera jamais une conclusion dans laquelle il est question des réformes à apporter dans les programmes, point sur lequel nous sommes absolument incompétents, tandis que nous oublions de signaler ce que nous savons, c'est-à-dire l'hygiène du lever, du coucher, des classes, du dortoir, des récréations, de la gymnastique, de l'escrime, etc., points sur lesquels nous serions tous d'accord.

M. *le président* consulte l'Académie sur la clôture de la discussion générale. Cette clôture est prononcée. Les conclusions seront votées dans la prochaine séance.

Présentation de malade. — M. *Le Dentu* présente un malade auquel il a fait une longue résection du sternum et le grattage d'un abcès du médiastin. Ce malade était tuberculeux au deuxième degré. Il avait eu avant l'opération des symptômes d'angine de poitrine qui ont été fortement amendés par l'opération.

La base du cœur, la crosse de l'aorte, et la veine cave supérieure ne sont séparées de l'extérieur que par une mince membrane fibreuse.

La séance est levée à 5 heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE

—

Étude clinique de la résorcine appliquée localement en médecine et en chirurgie, par Hippocrate *Callias* (Paris. Steinheil. 1887).

Il y a sept ans, l'auteur avait exposé dans sa thèse le résultat de ses recherches faites sous l'inspiration de M. Dujardin-Beaumetz. Ces

recherches avaient été surtout expérimentales et avaient démontré que la résorcine est un excellent désinfectant. Aujourd'hui c'est le résultat d'applications cliniques poursuivies pendant sept ans que M Callias nous expose dans son mémoire. La résorcine, une des nombreuses substances obtenues par le traitement du goudron de houille, est une substance blanche, composée d'aiguilles cristallines très solubles dans les véhicules ordinaires, eau, éther, alcool, glycérine; sa solution possède une légère odeur d'acide phénique et son pouvoir toxique est beaucoup moins considérable que celui de ce dernier acide. Sa saveur est très légèrement sucrée, sa causticité est presque nulle. Quant à ses propriétés désinfectantes, elles sont celles de l'acide phénique, mais les avantages qui résultent de ses qualités, solubilité facile, peu d'odeur, etc. devraient faire préférer la résorcine à l'acide phénique.

L'auteur s'est servi d'une solution légère de 1 à 2 p. c. dans le traitement des plaies de toute nature, simples, diphthéritiques ou putrides, en médecine, en chirurgie et en obstétrique, dans l'érysipèle de la face, l'empyème, les ulcères variqueux, les phlegmons, les plaies simples, les piqûres venimeuses, les ophtalmies purulentes, les ulcérations de la cornée, le coryza chronique et la putridité des lochies.

Il recommande une solution à 5 p. c. dans les aphtes, le muguet, les angines diphthériques, le croupe et la coqueluche, surtout associée à la cocaïne; enfin en nature, comme caustique léger, dans l'ongle incarné, et sur les bourgeons exubérants des plaies, ou bien en place du nitrate d'argent.

Sur tous ces points, M. Callias nous apporte un certain nombre d'observations détaillées sur le mode d'emploi et les effets des solutions employées. En raison des effets favorables qu'il a observés, il estime que la résorcine devra occuper une place élevée parmi les médicaments antiseptiques employés en médecine et en chirurgie. Si les observations de M. Callias sont confirmée, son lui devra d'avoir attiré l'attention sur un produit qui peut jouer un grand rôle dans la thérapeutique chirurgicale et même dans le traitement de certaines maladies infectieuses.

L. JUMON.

LEÇONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉTRITE, par le D[r] *Martineau.* Félix Alcan, édit., 1887.

Qu'est-ce que la métrite ? L'inflammation de l'utérus; telle est la réponse que fait à cette question M. Martineau dès la première page de son travail. Mais, résumée ainsi, la métrite est trop simple, suivant l'auteur, et on doit y faire rentrer toutes les lésions utérines et périutérines qui peuvent se montrer chez la femme. De là, toute une série de symptômes et d'affections surajoutées auxquels il faudra

porter remède depuis la leucorrhée jusqu'aux déviations utérines, depuis l'ulcération du col jusqu'aux phlegmons du ligament large.

La thérapeutique à opposer à ce chaos symptomatique est, on le conçoit, immense, et les moyens que conseille M. Martineau sont innombrables. Le diagnostic de la métrite et de ses modalités anatomiques doit servir de guide pour le pronostic et les indications thérapeutiques. Celles-ci doivent correspondre au triple diagnostic de la métrite, suivant M. Martineau. Traitement local variant suivant le diagnostic anatomique; traitement pathogénique qui a pour but de supprimer toutes les circonstances qui favorisent ou provoquent l'inflammation utérine en rapport avec le diagnostic pathogénique; enfin, traitement nosologique s'adressant à la maladie dyscrasique, constitutionnelle ou diathésique sous l'influence de laquelle évolue la métrite, correspondant au diagnostic nosologique.

Aussi combien peuvent être variés les traitements mis en usage et cela nous explique la multiplicité des formules relatées par l'auteur qui, pourtant, semble rejeter presque d'une façon systématique tout traitement chirurgical, réaction trop exclusive contre quelques gynécologistes modernes qui ne peuvent voir un utérus à peine malade sans y entrer le fer et le feu à la main. L'ouvrage se termine par une longue étude sur l'utilité des eaux minérales et des stations thermales dans toutes ou presque toutes les affections de l'utérus.

H. Fèvre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Questions professionnelles. — **Les assurances sur la vie au point de vue médico-légal**, par le docteur Lutaud, médecin expert, près le tribunal de la Seine, un vol. in-12. Steinheil, éditeur, rue Casimir Delavigne, 2, à Paris, 1887. Prix 2 fr.

Dans ce volume, l'auteur, bien connu par ses travaux de médecine légale, a réuni l'ensemble des connaissances qui intéressent le médecin appelé à s'occuper d'assurances sur la vie, soit comme médecin des Compagnies, soit comme assuré. C'est ainsi qu'il contient un exposé complet de la jurisprudence et des diverses maladies qui, par leurs tendances à abréger la vie, peuvent devenir une cause d'annulation du contrat.

M. Lutaud a ajouté à ce petit volume quelques intéressants chapitres sur le secret médical dans ses rapports avec les déclarations de naissance, le recouvrement des honoraires, etc. Nous trouvons également un exposé critique de la nouvelle loi projetée sur l'exercice de la médecine.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 92 Samedi 6 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOTEL-DIEU. — M. LE Dr DUMONTPALLIER.

Leçon d'ouverture de la clinique gynécologique.

Recueillie par le Dr GREFFIER,
Ancien interne des hôpitaux.

Messieurs, en ouvrant cette série de leçons, je ne puis me défendre d'une certaine émotion, d'abord en pensant à l'homme qui m'a précédé, à l'autorité qu'il avait sur ces matières, et aussi à l'amitié qui nous unissait ; ensuite, je me demande si je serai à la hauteur d'un pareil enseignement.

Lorsque M. Gallard ouvrit cette clinique à côté des cliniques médicales et chirurgicales de la Faculté, il rendit hommage aux médecins qui l'avaient précédé à l'Hôtel-Dieu et exposa leurs œuvres gynécologiques. Il serait donc superflu de revenir sur ce sujet. Je veux seulement vous dire comment M. Gallard fut amené à se consacrer particulièrement à cette branche des sciences médicales.

C'est que M. Gallard s'était trouvé l'interne d'hommes qui tous avaient eu une part plus ou moins grande aux progrès de la gynécologie : Jobert (de Lamballe), Béhier, Trousseau et surtout Valleix et Huguier.

Jobert nous a laissé ses recherches sur les fistules vésico-vaginales. Béhier a eu son rôle en se joignant à Trousseau et autres pour démontrer qu'il n'existe pas de fièvre puerpérale. On sait quelle a été au point de vue thérapeutique l'influence de ces recherches.

Mais c'est surtout à Valleix et à Huguier que M. Gallard dut sa vocation spéciale. Gallard était dans le service de Valleix quand celui-ci s'occupait des déviations utérines et expérimentait le redresseur intra-utérin de Simpson. Les résultats furent déplorables. Mais Gallard prit avec une grande chaleur la défense de la conduite de son maître et de là naquit entre eux une sympathie durable.

Huguier a eu une part considérable dans l'étude des maladies uté

rines. Il fit connaître l'esthiomène, et inventa l'hystéromètre dont il tira le plus grand parti.

Si nous cherchons maintenant quelle est principalement l'œuvre de Gallard en gynécologie, nous trouverons qu'il s'est attaché surtout à trois questions :

1° *Phlegmon péri-utérin.* Il s'est attaché à en démontrer l'existence, contestée par divers auteurs. Il s'est appuyé sur l'anatomie normale et pathologique pour prouver la réalité de cette affection.

2° *Théorie de l'hématocèle rétro-utérine.* Dans cette question si controversée, Gallard est intervenu, et a énoncé cette proposition que l hématocèle rétro-utérine n'est autre chose qu'une grossesse extra-utérine.

Un peu plus tard il adoucit ce qu'il y avait d'exagéré dans cette proposition en disant : L'hématocèle rétro-utérine est une ponte rétro-utérine, que la ponte ait d'ailleurs été fécondée ou non.

3° Dans les dernières années de sa vie, Gallard s'était particulièrement occupé du *traitement du cancer du col utérin au moyen de l'anse galvanique.*

Il avait publié en dernier lieu une « *clinique de la pathologie des ovaires.* »

Il a touché évidemment a bien d'autres questions. Je me contente de mettre en vue quelques points principaux.

Messieurs, avant de commencer une leçon qui aura pour sujet les *végétations de la vulve et du col de l'utérus*, permettez-moi de me disculper d'avoir osé prendre la place de cet illustre ami. Divers motifs m'avaient également poussé à l'étude de la gynécologie. En 1857, je passai ma thèse sur « *l'infection purulente et putride à la suite de l'accouchement.* » Cette thèse eut les honneurs d'une discussion académique où Trousseau approuva ma manière de voir, qui fut plus tard confirmée par Gallard, Siredey, etc.

Devenu chef de clinique de Trousseau, je m'occupai encore de questions analogues : des abcès péri-utérins, que, par purisme de langage, j'avais appelé péri-hystériques des abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque, de l'hématocèle péri-utérine. J'eus la bonne chance de trouver, à l'autopsie d'une jeune typhique, une vésicule de Graaf arrivée à mâturité, très congestionnée, crevée, et dans la cavité rétro-péritonéale un épanchement de sang. C'était la confirmation de la théorie de Laugier. J'allai de là à Lourcine, puis à Saint-Antoine, où j'eus l'occasion d'observer beaucoup d'abaissements utérins et d'inventer mon pessaire-anneau.

Enfin, à la Pitié, je continuai à m'occuper de gynécologie et fis faire notamment à un de mes élèves une thèse sur *l'existence des troubles nerveux consécutifs aux affections utérines.*

Messieurs, le but de cet enseignement devant être essentiellement pratique, j'entre immédiatement en matière.

Nous avons dans le service une femme qui présente encore sur la vulve des papillomes peu considérables. Mais au commencement de l'année, elle présentait deux masses énormes de papillomes recouvrant toute la vulve. Les végétations laissaient suinter un écoulement infect et la malade voulait à tout prix être soulagée. Je n'hésitai pas à abraser cette masse. Quelques jours après, elle voulut sortir, mais ne tarda pas à rentrer pour une récidive et nous avoua alors qu'elle était enceinte. Or, Messieurs, il ne faut jamais toucher aux végétations des femmes enceintes pour deux motifs : 1° cela ne sert à rien, car elles se reproduisent ; 2° on peut amener l'avortement. Aussi, je ne touchai plus à ces végétations, qui étaient destinées à disparaitre spontanément après l'accouchement. Le développement de végétations pendant la grossesse n'a rien qui doive nous étonner : il y a en ce moment une vitalité exagérée, qui amène des ostéophytes de la face interne du crâne, des hypertrophies du cœur, etc.

Le traitement des végétations doit être radical, *brutal.* Je proscris absolument l'emploi de l'acide chromique qui peut produire des brûlures intenses et déterminer des phénomènes généraux (vomissements incoercibles, syncopes, etc.). L'acide phénique, l'acide picrique flétrissent la surface, mais n'attaquent pas la végétation dans sa base.

C'est chirurgicalement, avec la curette, qu'il faut intervenir : la curette sera tenue comme un rasoir, et l'on marchera rapidement à cause de l'hémorrhagie. Lavez largement, saupoudrez d'alun, faites de la compression avec une éponge. Le pansement fait, l'hémorrhagie s'arrête.

Une affection plus rare et que je n'avais pas observée jusque dans ces derniers jours, ce sont les *papillomes du col de l'utérus.*

Il y a trois semaines, une femme de 59 ans se présenta à notre consultation pour des pertes de sang. Le toucher conduisait sur une masse molasse et donnait lieu à un écoulement abondant. A l'examen au spéculum, je trouvai des villosités sur lesquelles je tirai et qui ressemblaient absolument à des végétations. J'en enlevai le plus possible : lavage, tampons phéniqués. La femme nous raconta plus tard qu'elle avait cessé d'être réglée à 48 ans. Il y a deux ans, apparition de pertes blanches et troubles de l'estomac. Puis, hémorrhagies. En 1887, hémorrhagies considérables, qui la décident à rentrer à l'hôpital. Du reste, l'état général était resté bon et l'appétit conservé.

La littérature médicale nous donne peu de renseignements sur cette affection. Ce n'est que dans l'ouvrage de Churchill (1866) que j'ai trouvé des figures empruntées à Simpson. Les traités les plus récents en font à peine mention.

J'ai pu depuis observer deux cas de la même affection.

Dans le premier, il s'agit d'une femme de 30 ans qui, depuis deux mois, a des hémorrhagies très abondantes, ayant amené un grand degré d'anémie. Avec le spéculum de Fergusson on peut voir une espèce de choux-fleur qui bouche l'orifice du col utérin.

Dans le second, il s'agit d'une jeune femme au premier degré de l'affection. Elle est atteinte de métrite chronique et, en l'examinant, on voit sur la lèvre postérieure du col trois ou quatre papillomes qui commencent à se développer. Il y en a quelques-uns également sur la vulve.

Je veux vous dire quelques mots de l'*histologie* de ces tumeurs. Ce sont en somme des *papilles hypertrophiées*, composées des mêmes éléments que les papilles de la peau.

Quelques auteurs font des réserves sur le pronostic et pensent que ces papillomes peuvent se transformer en épithéliomas. Cornil et Ranvier combattent cette opinion qui repose, d'après eux, sur une défectuosité de préparation.

Messieurs, il n'y a à redouter dans cette affection aucune *complication*. La seule que l'on observe est l'inflammation et la gangrène de ces masses. Mais elle est toujours limitée aux parties malades.

Ce n'est que dans le cas de diabète qu'il faut se garder de toucher aux végétations avant d'avoir modifié l'état général.

Conclusions : Toutes les fois qu'on se trouve en présence de végétations confluentes de la vulve, il ne faut pas hésiter à agir d'emblée chirurgicalement, sans crainte d'hémorrhagie.

On agira de même dans le cas de végétations du col.

Paris qui souffre. — La basse geôle du Grand Châtelet et les Morgues modernes (1).

(Suite et fin.)

Sous le second Empire, la transformation du quartier nécessita de nouveau le déplacement de la Morgue. En 1864, elle fut réédifiée telle qu'on la voit encore, derrière l'abside de Notre-Dame, à la poupe du navire que figure la Cité. Le terrain qu'elle occupe, à l'endroit où la Seine se divise en deux bras, serait formé, d'après Jaillot, des décombres provenant de la construction de Notre-Dame et s'appelait au XIIIe siècle « la Motte aux Papelards »

Le monument actuel, lourde et vulgaire bâtisse qu'un écrivain in-

---

(1) V. *France méd.*, n° 91.

dulgent a bien voulu qualifier de tombeau grec, est construit sur les plans de l'architecte Gilbert. La salle d'exposition tient le milieu de l'édifice : on y pénètre par trois portes toujours ouvertes à tout venant. Derrière un grand vitrage se trouvent les tables mobiles où sont étendus les cadavres, sur un plan incliné et faisant face au public. De chaque côté sont placées les dépendances : greffe, salle d'attente, logements, amphithéâtre.

Les cadavres inconnus restent exposés tout vêtus, pendant huit jours au moins, offrant au public l'énigme de leur mort. En 1882, grâce à M. Brouardel, des appareils frigorifiques ont été installés. « L'application d'un froid rapide et violent tue les germes putrides sans que la matière colorante du sang soit modifiée, sans que les tissus subissent une altération nuisible aux recherches anatomiques. La congélation répand seulement sur les chairs comme une sorte de givre dont le miroitement porte encore à l'illusion de la vie. C'est au moyen du système Carré, utilisant le froid produit par l'évaporation du gaz ammoniac liquéfié sous sa propre pression, que ces résultats sont obtenus ». La justice peut ainsi conserver les corps pendant la durée des plus longues instructions ; on les retire de leur case toutes les fois qu'on en a besoin et on les fait dégeler dans un appareil spécial, chauffé au gaz, de façon à faire disparaître la raideur des membres et la dureté des tissus qui rendraient l'autopsie impossible. Ce n'est pas à la Morgue qu'on pourrait répéter le mot de Luther, dans le cimetière de Worms : « *Invideo, quia qui escunt.* » Les corps retirés de la salle publique sont conservés quelque temps encore dans les cases glacées. Leurs vêtements restent exposés sur des mannequins en osier. Ces loques, qui autrefois étaient vendues au profit des garçons de la Morgue, sont maintenant livrées, au bout d'un temps déterminé, à une usine qui les brûle et les transforme en engrais.

Depuis le mois de juillet 1874, un service photographique a été organisé à la Morgue par la Préfecture de Police. Les portraits des cadavres demeurés inconnus restent indéfiniment affichés à l'entrée de la salle du public.

Lorsque tous les moyens de nature à établir l'identité d'un corps ont été épuisés et qu'il faut faire place aux nouveaux venus dans les cases du frigorifique, l'inconnu, muni d'un numéro d'ordre et enfermé dans une bière de sapin, est porté, sans autre cérémonie, dans la fosse commune du cimetière d'Ivry. Mais la plupart des cadavres sont reconnus. Ainsi, pendant l'année 1885, sur 858 corps déposés à la Morgue, 93 seulement sont restés anonymes.

Au temps de la basse geôle, les médecins constataient le plus souvent que les gens avaient été tués, dans quelque échauffourée,

de coups de taille ou de pointe. Aujourd'hui, c'est surtout le suicide qui peuple les salles de la Morgue. Rappelons aussi que les révolutions et les guerres ont laissé plus d'une fois leur trace sanglante dans ce triste lieu. On trouvera sur ce sujet, dans le livre de M. Guillot, des pages du plus cruel intérêt. On y trouvera encore, tracés de main de maître, des aperçus bien curieux sur l'histoire de la police, le reportage judiciaire, la procédure criminelle, les sociétés d'autopsie et les recherches scientifiques entreprises à la Morgue.

Si intéressantes qu'elles puissent être, ces chroniques de la Morgue ne sont en réalité qu'un prétexte à des considérations philosophiques et pratiques qui forment la conclusion de cette étude.

A propos des autopsies judiciaires, M. Guillot professe qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure de la publicité que leur accorde maintenant le Parquet. La présence des élèves peut être une garantie pour la régularité des opérations. Lasègue disait qu'à l'hôpital l'étudiant est la sauvegarde du malade, parce qu'il est un contrôle pour le chef de service. Ce précepte si juste et si profond, M. Brouardel lui-même demande qu'on l'applique aux expertises médicales et M. A. Guillot se range à son avis. On doit néanmoins reconnaître qu'il ne s'agit ici que d'une simple tolérance et que les besoins de l'enseignement ne peuvent faire méconnaître le droit de veto des magistrats, seuls juges des nécessités de l'instruction et de la réserve imposée par certaines situations.

Malgré les améliorations apportées par Devergie et si activement poursuivies par M. Brouardel, la longue liste des réformes et des perfectionnements nécessaires est loin d'être épuisée. L'exiguité de l'amphithéâtre, l'encombrement du greffe, la promiscuité et la confusion des services, l'état indescriptible de la salle des reconnaissances, toutes choses constatées depuis longtemps, sont signalées une fois de plus, dans l'étude de M. Guillot, à la sollicitude de l'administration. L'auteur de *Paris qui souffre* réclame aussi pour les familles le droit, contesté jusqu'à ce jour, de faire auprès de leurs morts, saisis par la justice, cette dernière veillée qui précède l'adieu suprême. Peut-être encore serait-il bon d'annexer à la Morgue un dépôt mortuaire destiné à prévenir les inhumations trop rapides et à permettre aux pauvres de déposer dans un lieu convenable, pour y attendre l'heure des obsèques, les corps de leurs parents décédés. Les étrangers nous ont précédés dans cette voie et nous n'aurions aujourd'hui d'autre mérite que de les imiter en perfectionnant leurs essais.

De toutes les réformes actuellement à l'ordre du jour, celle que demande l'auteur avec le plus d'instance, c'est la suppression immédiate de l'exposition des cadavres : ces exhibitions, il l'affirme, sont à

peu près inutiles à l'action de la justice. Il est extrêmement rare que de cette foule d'oisifs, d'adolescents et de filles qui constitue le public ordinaire de la Morgue, surgisse le moindre renseignement profitable à la recherche de l'identité des cadavres. Mais ce qui est indéniable, c'est que le spectacle de la mort, dans ce lieu, est immoral et corrupteur au même titre que celui des exécutions capitales; il trouble l'imagination, éveille des curiosités inavouables, blase sur la vue du sang, familiarise avec l'idée du crime et porte au mépris de la vie de l'homme.

Enfin M. Guillot, d'accord avec les médecins légistes et les membres du conseil d'hygiène, estime que le déplacement, l'agrandissement et la reconstitution de la Morgue sur un plan nouveau s'impose comme une œuvre des plus urgentes. Parmi les emplacements proposés, celui qui a les préférences générales est le vaste terrain occupé autrefois par les écuries de l'Archevêché. Il est borné d'un côté par le quai aux fleurs, de l'autre par la rue du Cloître-Notre-Dame et présente sa pointe à l'île Saint-Louis. Les différents projets en ce moment à l'étude permettent d'espérer qu'un jour Paris aura là une Morgue modèle où se trouveront conciliés les exigences de la justice, les intérêts de la science et le respect dû à la mort.

Dr Pignot.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

Traitement des maladies chroniques du cœur (*Deutsche Med. Zeit.*, avril 1887). — Dans un mémoire sur le traitement des maladies du cœur, *Th. Schott*, médecin aux bains de Nauheim, formule les conclusions suivantes relatives surtout au traitement thermal et hygiénique.

De tous les médicaments la digitale est certainement le plus précieux dans le traitement des maladies chroniques du cœur. L'infusion et la teinture de digitale sont les préparations les plus fidèles. Mais la digitale n'est pas toujours régulière dans son action qui s'épuise par l'usage ou que les malades ne supportent pas. Beaucoup de médicaments proposés dans ces derniers temps sont très utiles mais aucun ne peut remplacer la digitale.

Les bains chauds chargés en acide carbonique peuvent faire résorber les exsudats valvulaires récents.

Les eaux thermales gazeuses et les eaux carbonatées ferrugineuses employées sous forme de bains sont des toniques excellents pour le muscle cardiaque affaibli. Ces bains agissent par voie réflexe, c'est-

à-dire par l'intermédiaire des nerfs sensibles de la peau, ils augmentent l'énergie du cœur, les battements sont plus forts, le temps de repos est plus prolongé et le système artériel se remplit mieux; de là de meilleures conditions pour la nutrition du cœur. En outre l'état général est amélioré par ces bains dont l'action est dans beaucoup de cas supérieure à celle de la digitale.

On peut adjoindre à ce traitement la gymnastique. L'exercice accroît la force des contractions, augmente peu à peu la tension artérielle. Quant aux ascensions de montagne, elles ne doivent être conseillées que lorsque le muscle cardiaque s'est déjà fortifié par l'exercice. Il est bon de combiner l'usage des bains à la gymnastique, car si l'action de cette dernière est plus considérable, le résultat produit par les bains est beaucoup plus durable. Mais il ne faut pas oublier de surveiller attentivement l'état du cœur, du pouls, de la respiration, etc., pendant toute la durée du traitement.

Lorsque la dilatation du cœur est considérable et qu'on ne peut avoir recours ni aux bains ni à la gymnastique, lorsque la digitale ne donne pas de résultats, les excitations thermiques et mécaniques sont d'une grande utilité. Ces excitations, qui agissent par voie réflexe, accroissent l'énergie systolique, augmentent la tension et ralentissent le pouls.

Le traitement préconisé par Œrtel ne trouve son application que chez les sujets bien musclés, sans dyscrasie, qui doivent se débarrasser de leur embonpoint excessif. Encore faut-il que ces cures d'amaigrissement soient dirigées avec beaucoup de prudence et seulement lorsque les autres méthodes thérapeutiques ont déjà fortifié l'action du cœur. Mais dans la plupart des maladies chroniques du cœur, Th. Schott conseille de s'abstenir de la méthode de Œrtel en raison des dangers auxquels elle expose tant sous le rapport de la diète des liquides que sous celui des ascensions, dans le sens que cet auteur attache à ce mot.

La plupart des cardiaques étant plutôt maigres, anémiques et hydrémiques, un régime substantiel mixte est indiqué, en y adjoignant une certaine quantité de graisse et de beurre. On doit d'ailleurs éviter l'ingestion excessive des solides et des liquides. La cure de Harvey-Banting modifiée peut être utile chez les sujets obèses à système musculaire développé, mais à condition de surveiller l'état général et de faire toujours usage du thermomètre et de la balance. Un amaigrissement trop rapide peut provoquer des phénomènes dangereux.

L. Jumon.

BIBLIOGRAPHIE

—

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE EXTERNE, publiés par le professeur *A. Bouchard* (de Bordeaux), tome I, fascicule II. Affections chirurgicales des appareils et des systèmes. Asselin et Houzeau, édit., 1887.

La promesse faite de paraître rapidement est tenue amplement pour ce fascicule, et tout nous fait espérer que nous pourrons avoir tout l'ouvrage avant que les changements qui s'accomplissent à tout instant dans la chirurgie soient venus modifier les idées émises dans les premières parties.

C'est qu'en effet les collaborateurs sont nombreux et actifs et tous les articles peuvent se faire en quelque sorte simultanément.

Dans le nouveau fascicule paru, des sujets bien importants sont traités. Les affections du tissu connectif, phlegmon circonscrit, phlegmon diffus, sont décrites en quelques pages donnant une idée clinique parfaite de ces affections ; mais nous nous attendions, après le court aperçu anatomique mis en tête de ce chapitre, à voir rapprocher de ces lésions, les lymphangites rejetées plus loin à part, et peut-être aurait-il été plus instructif de comparer entre elles ces affections et montrer leurs rapports toujours si intimes.

Les affections des gaînes tendineuses sont complètement traitées (signalons pour la 2e édition une faute d'impression, p. 413, 4e ligne, Chandeluy au lieu de Chandelux), peut-être les descriptions sont-elles un peu brèves et, disons-le, c'est un peu le reproche que l'on pourrait faire à tout l'ouvrage, reproche qu'il était difficile d'éviter, puisque les auteurs se sont proposé de faire tenir toute la pathologie externe en deux volumes. Tour de force difficile et auquel ils n'arrivent que par des prodiges de concision et malheureusement, dans quelques cas, au détriment de la clarté.

La question des maladies des os est une de celles qui devaient le plus nous intéresser, étant une question encore nouvelle et pour laquelle peu de travaux classiques, à l'usage des élèves, ont été faits avec les documents récents. L'ostéomyélite aiguë des adolescents répondait à tous nos désirs et nous avons été heureux de voir étudiée en quelques pages d'un style clair et facile une affection si longue à débrouiller et si utile à connaître. Hélas ! l'article ostéomyélite s'arrête brusquement, tourne court. L'ostéomyélite aiguë est seule à la hauteur du progrès, et au lieu de s'en tenir à cette conception spéciale de Lannelongue qui permet de comprendre, de retenir l'*affection inflammatoire* aiguë ou chronique des os, au lieu de con-

tinuer *clairement* et *véridiquement* l'ostéomyélite aiguë par l'ostéomyélite prolongée (comme le désirait l'auteur de l'article ostéomyélite aiguë, (p. 493), nous retombons dans ce chaos énorme : la nécrose, la carie, la nécrose des os longs, la nécrose des os courts, l'ostéite condensante, l'ostéite raréfiante, la nécrose à forme aiguë (!!!). En un mot, nous retournons à Gerdy et nous décrivons trois périodes de la nécrose : de mortification, d'élimination et de réparation. Cela est vrai, c'est certain, mais que c'est difficile à comprendre et à concevoir quand on ne se sert pas de la notion *ostéomyélite !*

C'est un chapitre que nous aurions voulu plus jeune et plus moderne. L'article scrofulo-tuberculose osseuse est très résumé, mais qu'il était difficile de faire tenir en si peu de pages cette grande partie de la chirurgie moderne !

Une bonne étude du rachitisme et de l'ostéomalacie complète le chapitre.

L'étude des affections articulaires débute par un chapitre très soigné sur les luxations en général ; le mécanisme de toutes les luxations y est sainement décrit et l'intérêt que l'on prend à la description en atténue l'aridité. Les luxations spontanées sont très succinctement faites et laissent la place à tout un long chapitre sur les arthrites ; nous signalerons trois beaux chapitres sur l'hydarthrose, l'arthrite blennorrhagique et l'arthrite tuberculeuse. Enfin un chapitre très utile et auquel on aura souvent recours, parce qu'il est généralement passé sous silence à l'état de travail d'ensemble : je veux parler des lésions consécutives aux lésions articulaires ; peut-être dans ce chapitre l'ankylose eût-elle pu être plus développée.

Le fascicule se termine par la pathologie des artères, des veines et des lymphatiques. Quelques pages sont consacrées à la pathologie chirurgicale nerveuse.

Malgré les quelques critiques que nous avons cru bon de formuler, l'ouvrage est consciencieusement fait et surtout donne un excellent résumé de la pathologie externe, en ayant soin de laisser de côté toute l'érudition qui pour certains lecteurs n'est qu'une entrave à la compréhension.

Dr F. Verchère.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances scolaires, du 1er août au 8 octobre 1887 inclus, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de une heure à trois heures. Pendant ce temps,

M. le secrétaire de la Faculté recevra tous les mercredis de deux heures à trois heures.

— Les élèves docteurs en médecine de première année et les aspirants à l'officiat qui ont été ajournés au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, sont prévenus qu'ils peuvent se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai.

Les consignations pour tous les autres examens seront reçues les lundis et mardis à partir du 10 octobre prochain. Quelques séries d'examens pourront être constituées dans la dernière semaine d'octobre; toutefois le service des examens ne deviendra régulier qu'à partir du jeudi 3 novembre 1887.

Faculté de médecine de Lille. — M. Debierre, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté de médecine de Lille, en remplacement de M. Assaki, démissionnaire.

L'inspection médicale des écoles. — M. Straus a fait au Conseil municipal dans la séance du 30 juillet, la proposition suivante qui a été renvoyée à l'examen de la quatrième commission.

« L'inspection médicale sera étendue aux établissements privés, qui devront être visités au moins une fois par mois.

« Les maires des arrondissements devront transmettre à l'administration centrale et la délégation cantonale les propositions contenues dans les bulletins des médecins-inspecteurs. En cas d'épidémie, ils devront, si le médecin réclame la fermeture d'urgence d'un établissement, autoriser cette fermeture, après en avoir conféré avec l'inspecteur de l'enseignement primaire.

« Le rapport trimestriel exigé par l'art. 20 de l'arrêté de 1883 devra être communiqué à la délégation cantonale et transmis à l'administration centrale. Les médecins-inspecteurs seront entendus, le cas échéant, par la délégation cantonale de leur arrondissement.

Ecole de médecine de Marseille. — Des concours s'ouvriront à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir :

Le lundi 3 octobre 1887, pour en emploi de chef de clinique médicale ;

Le lundi 6 mars 1888, pour un emploi de chef de clinique médicale, pour deux emplois de chef de clinique chirurgicale et un emploi de chef de clinique obstétricale.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École, un mois avant l'ouverture des concours.

Hopitaux de Bordeaux. —Le jury du concours pour deux places d'internes à l'hôpital Saint-André de Bordeaux vient de désigner à l'administration pour remplir ces fonctions MM. Cheminade et Rougier.

Mission. — M. Henry Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Italie, pour y étudier l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie.

Conseils généraux. — Deux de nos confrères ont été élus dimanche dernier conseillers généraux, le Dr Jegun, de Montréal (Gers), et le Dr Thomas de la Juze (Sarthe).

Erratum. — Dans notre compte-rendu de la dernière séance de la Société de chirurgie n° 89, p. 1070, 1071, 1072 et 1073, nous avons attribué les deux communications dont il s'agissait au Dr Jouel (de Toulon). L'honorable confrère dont notre collaborateur a voulu parler est le Dr M. *Jeannel*, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de *Toulouse*.

Bulletin de la mortalité *du* 24 *au* 30 *juillet* 1887. — Fièvre typhoïde 22 — Variole, 13. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 20. — Phthisie pulmonaire, 164. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses et autres, 43.

Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 34. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 40.

Bronchite aiguë et chronique, 37. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 47, Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 135.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 14. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 36. — Autres causes de mort, 145. — Causes inconnues, 4.

Nombre absolu de la semaine : 866. — Résultat de la semaine précédente : 853.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, Paris.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, directeur des écoles municipales d'infirmières, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, Ch. H. Petit-Vendol, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon. Cet ouvrage, adopté par les écoles départementales et municipales d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine et de Paris, est divisé en trois volumes dont les titres suivent : tome I, anatomie et physiologie, prix 2 francs ; — tome II, pansements, prix 3 fr. 50; — tome III, femmes en couches, médicaments petit dictionnaire, prix 2 francs; — les trois volumes réunis, prix 5 francs.

Troisième édition revue et augmentée.

Leçons de clinique chirurgicale, par le Dr Terrillon, rédigées par le Dr Routier. Volume in-8° de 1.5 pages. Prix : 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 93 Mardi 9 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Sur un cas de rash primitif ecchymotique chez un varioleux arthritique, symétriquement placé dans les principaux creux de flexion (1),

Par le Dr Signez.

Le sieur F..., 40 ans, alcoolique, arthritique, a eu pendant son adolescence une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Depuis, pas d'autres maladies. Le 12 juin dernier il se plaint d'une forte fièvre, d'un mal de tête violent et de légères douleurs dans les articulations.

La veille il a eu un grand frisson de deux heures consécutives et depuis il a dû s'aliter. La face est vultueuse et les conjonctives injectées. La langue est chargée d'un enduit saburral épais. La gorge n'est pas rouge. Pas de gêne respiratoire. Rien à l'auscultation du poumon ; rien à la percussion.

Il existe un léger bruit de souffle au cœur ; mais ce souffle, déjà constaté avant la maladie actuelle, appartient à une insuffisance mitrale qui s'établit à la suite de l'attaque de rhumatisme signalée plus haut.

Le pouls est fréquent, petit et dur, 110.

Le foie paraît normal. La rate est un peu grosse. Le malade se plaint d'une douleur assez vive à l'épigastre. Vomissement pituitaire la veille et dans la matinée ; mais en raison de l'intempérance habituelle du sujet, ces vomissements lui viennent souvent en bonne santé.

L'intestin n'est pas douloureux ; un peu de constipation. La région lombaire n'est pas douloureuse ni spontanément ni à la pression. Urine un peu trouble et rougeâtre.

Les articulations ne sont pas gonflées et le mouvement provoqué n'exagère pas la douleur dont se plaint le malade.

(1) Communication à la Société Médicale du XIe arrondissement.

Les membres sont agités de tremblement, ainsi que la langue, comme dans l'alcoolisme, mais avec un peu d'exagération dans les oscillations.

La température axillaire est de 41°. Malgré cette forte température le malade n'est pas assoupi, il est très lucide et répond parfaitement aux questions posées.

Diagnostic incertain après ce premier examen.

Le malade, étant noctambule, a dû se refroidir et va, selon toute apparence, voir éclater une nouvelle poussée de rhumatismes dans ses articulations déjà douloureuses ; mais cependant la haute température fait soupçonner une complication viscérale probable.

En effet, le début du rhumatisme ne donne pas lieu à une température aussi élevée.

Il n'y a guère qu'une pneumonie, une fièvre éruptive ou une méningite qui puissent au deuxième jour de la maladie présenter une exacerbation thermique semblable à celle que nous constatons. La pneumonie doit être écartée puisque l'auscultation et la percussion thoracique ne donnent que des signes négatifs. Une fièvre éruptive est possible, mais on ne constate ni catarrhe naso-oculaire et pharyngo-trachéal faisant craindre une rougeole ; ni angine faisant craindre une scarlatine ; ni rachialgie pouvant faire croire à une variole commençante. Reste la méningite, complication fréquente chez les rhumatisants surtout quand ils sont alcooliques.

Cette hypothèse paraissant la meilleure à cause du violent mal de tête du malade et des vomissements, c'est à elle que je m'arrête. Le traitement consiste en tisane de gaïac, en bi-carbonate de soude, en antipyrine et en sinapismes aux mollets, aux cuisses et à la nuque.

J'espère par cette médication abaisser la température avec l'antipyrine, tout en agissant sur l'état rhumatismal, et dégager les méninges, qui me paraissent menacées, avec les révulsifs et les diaphorétiques.

L'analyse de l'urine faite après ce premier examen décèle la présence d'une quantité notable d'albumine.

Le lendemain, troisième jour de la maladie, les choses ont un peu changé de tournure.

Le malade a passé une mauvaise nuit. Très agité, ne se trouvant bien en aucune situation. Tantôt levé, tantôt couché, soit en travers du lit, soit à rebours.

Léger délire.

La face est toujours vultueuse. La conjonctive plus injectée.

La langue est épaisse, écarlate sur les bords, et recouverte au milieu d'un enduit très épais.

La gorge n'est toujours pas rouge, ou du moins très légèrement.

Le pouls est très accéléré et très dur.

Signes négatifs du côté du cœur, poumons et autres organes.

Deux vomissements bilieux après ma visite de la veille. Un autre ce matin.

Le malade ne se plaint plus de ses articulations et ne souffre que du creux de l'estomac. Il éprouve un malaise général, une lassitude et une anxiété considérables. Les reins ne sont pas douloureux. L'urine est trouble et très foncée.

La peau du corps présente aujourd'hui une rougeur générale, de teinte cramoisie, disparaissant incomplètement à la pression ; on croirait le malade atteint de scarlatine.

Au milieu de ce pointillé rouge framboisé, on aperçoit des points d'un rouge pourpre ne disparaissant pas à la pression.

Véritables pétéchies.

Au niveau des principales plicatures du corps, jarrets, aines, cou, aisselles, coude, et symétriquement placées, on constate la présence de larges plaques ecchymotiques d'un violet presque noir, et dont la coloration ne s'affaiblit pas par la pression.

Cette coloration est uniforme sur les espaces de peau qui en son t recouverts et n'est en aucune partie modifiée par des lacunes de couleur moins teintée.

La peau de la région poplitée en est recouverte dans une étendue de 8 centimètres dans le diamètre vertical et de 4 horizontalement.

L'ecchymose du pli de l'aine recouvre le triangle de Scarpa, la plicature, la naissance des bourses et un peu la région iliaque.

Au cou l'ecchymose est petite et siège surtout à la base du sternum.

Sous l'aisselle, elle est un peu plus large, remplit tout le creux axillaire, et déborde un peu sur la peau du thorax et sur celle du bras.

Au pli du coude, elle a un peu moins d'étendue et déborde sur la peau du bras et celle de l'avant-bras.

Autour de ces larges plaques noires, la peau est parsemée de nombreuses taches pétéchiales qui lui donnent une coloration pourprée, coloration plus intense que celle du reste de la peau qui, nous l'avons dit, présente une teinte framboisée.

Avons-nous affaire à une scarlatine ? Je ne le pense pas en raison de l'absence de l'angine spéciale ; mais, à cause de la fréquence actuelle des cas de variole dans le quartier, malgré le défaut de rachialgie et de toute éruption papuleuse, je porte le diagnostic de rash ecchymotique, pétéchial et scarlatiniforme, précédant une variole.

Le lendemain, quatrième jour de l'alitement du malade, l'examen justifia le diagnostic porté la veille.

En effet, sur le dos des mains, sur les fesses, sur les reins, et, disséminées sur diverses parties du corps, on aperçoit quelques papules, et, en certains endroits, quelques vésicules légèrement ombiliquées.

Le malade a passé une mauvaise nuit avec subdélirium, vive agitation et carphologie; cependant, il répond encore bien aux questions qu'on lui pose.

Il ne souffre, dit-il, de nulle autre part que de la gorge, dont la muqueuse est, en effet, tapissée de vésicules ulcérées.

Langue sèche et recouverte à la base d'un enduit visqueux et noirâtre.

Ecchymoses sous-conjonctivales. Diarrhée. Température 40°8.

Le jour suivant, cinquième jour de la maladie, l'éruption n'est pas notablement plus abondante que celle de la veille, seulement toutes les vésicules sont nettement ombiliquées.

Les plaques ecchymotiques ont maintenant une coloration noire, grisâtre, ardoisée, et toute la peau a une coloration violacée.

La figure est congestionnée, bleuâtre, bouffie et sans traces d'éruption.

La nuit a été très mauvaise. C'est la cinquième que le malade passe sans dormir, malgré de fortes doses de chloral.

Son anxiété est considérable.

Selle sanglante abondante dans la matinée.

Le thermomètre marque 36°5.

La mort survient dans l'après-midi probablement par hémorrhagie viscérale.

Réflexions. — Quoique les faits semblables à ceux qui viennent d'être exposés soient d'observation fréquente, on peut souligner dans l'observation actuelle quelques côtés intéressants :

1° Difficulté de poser un diagnostic ferme, la rachialgie précédant d'habitude la variole manquant ici et les symptômes de rhumatisme chez un prédisposé étant plus accentués que tout autre ;

2° Importance de la thermométrie qui nous dit, en nous montrant 41° au deuxième jour d'une maladie, que nous allons assister à d'autres phénomènes que ceux d'un rhumatisme simple, ce qui nous permet de prévenir la famille de la gravité probable de l'affection naissante ;

3° Symétrie des plaques ecchymotiques chez un arthritique, et multiplicité de ces plaques qui ne s'observent guère d'habitude qu'aux aines et aux jarrets et dont l'apparition n'est pas précédée de douleurs articulaires comme dans le cas présent ;

4° Absence complète de rachialgie peut-être due à la forte fluxion de la peau et aux hémorrhagies cutanées au niveau des plicatures ;

5° Corroboration par le cas actuel de la gravité, déjà signalée par les auteurs, de la variole précédée de rash hémorrhagique étendu.

THÉRAPEUTIQUE

—

De l'antipyrine contre la douleur.

On sait, depuis les travaux de M. le docteur Henri Huchard, que l'antipyrine a une action certaine contre les manifestations fébriles de la phtisie pulmonaire, et qu'elle jouit d'un pouvoir réfrigérant et passager fort utile dans les fièvres et le rhumatisme fébrile.

L'antipyrine n'est pas seulement un puissant antithermique, mais encore un des médicaments les plus actifs contre la douleur. Dans son importante communication à l'Académie des sciences (séance du 18 avril 1887), M. le professeur Germain Sée fait remarquer que, pour se rendre compte des propriétés analgésiques remarquables de l'antipyrine, il suffit de l'employer contre ce genre d'affections rhumatismales ou goutteuses qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou, mieux encore, aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur. « Or, sur quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, la douleur avec l'engorgement articulaire disparurent en quelques jours, sans récidive, quand on eut le soin de continuer la médication à petite dose, pendant une semaine environ.

Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, et fixés sur les poignets ou les jointures des membres inférieurs ; l'antipyrine, à la dose de 4 à 6 grammes, fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage. »

Pour faciliter l'emploi de ce nouveau médicament, le docteur Clin a préparé une *Solution* d'un dosage rigoureusement exact, contenant 1 gramme d'antipyrine pure par cuillerée à bouche et 25 centigrammes par cuillerée à café.

La solution d'antipyrine du docteur Clin est très bien supportée même par les malades les plus affaiblis, et, en raison de son goût agréable, elle peut être prise pure, dans un peu d'eau ou dans une infusion aromatique.

C'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'an-

tipyrine produit son maximum d'action. M. G. Sée a vu des névralgies faciales, des migraines anciennes et répétées, des céphalées dues à la croissance ou à d'autres causes, guéries en quelques heures à l'aide de 2 grammes d'antipyrine.

Le savant clinicien cite de nombreuses affections contre lesquelles l'antipyrine produit les plus heureux résultats : névralgies, névrites, lumbagos, etc., enfin des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées et des fatigues musculaires telles qu'on les observe si souvent chez les individus surmenés ou névropathiques : « Il me reste à mentionner, ajoute-t-il, un dernier groupe de maladies qui, elles aussi, se présentent parfois avec des douleurs vives ; je veux parler des maladies de cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires cardiaques, qui se traduisent par des douleurs locales à la pointe ou à la base du cœur, et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche ; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques, sous l'influence répétée de 4 à 5 grammes d'antipyrine, laquelle a d'ailleurs le grand avantage de ne troubler en rien ni la force, ni la régularité des battements cardiaques, et peut être continuée longtemps sans aucun inconvénient.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, que rien ne rapproche que l'élément douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins, de 6 grammes au plus, qu'on administre à une ou quatre heures d'intervalle, sous forme de solution.

Les expérimentations physiologiques ont confirmé toutes les données de l'observation clinique : suppression de la sensibilité et de l'excitabilité réflexes chez les animaux, suppression de la douleur dans l'organisation malade, sans trouble, ni dans le rythme du cœur, ni dans la force de la contraction.

L'antipyrine peut donc être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur. »

La véritable solution d'antipyrine du docteur Clin réunit toutes les conditions désirables pour l'emploi de ce médicament.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

La surcharge graisseuse du cœur, par Heinrich Kisch (de Prague). *St-Pétersbgr. Med. Wochnschrift*, n° 11, 1887. — Cette dénomination sert à désigner les altérations du cœur chez les obèses, altérations qui consistent dans l'augmentation du tissu adipeux nor-

mal sous le péricarde, dans son infiltration à travers le muscle cardiaque, enfin dans la dégénérescence consécutive de l'organe. On sait qu'à l'état normal ce tissu adipeux s'accumule dans le sillon auriculo-ventriculaire, dans les sillons longitudinaux et sur le bord droit mince du cœur; suivant les vaisseaux, ce tissu adipeux augmente toujours chez les gens obèses, mais il s'accumule en plus grande quantité sur le ventricule droit ou sur le gauche, et il forme un bourrelet circulaire sur l'origine de l'aorte au voisinage de l'oreillette droite. Lorsque la polysarcie est extrême, tout le cœur paraît comme plongé dans une masse de graisse sans qu'on aperçoive la substance musculaire. L'auteur a étudié la surcharge graisseuse par la voie expérimentale en engraissant des oies et a reconnu que la plus forte accumulation graisseuse a toujours lieu dans les points qui sont le siège du tissu adipeux à l'état normal; l'envahissement se poursuit sur le cœur droit et ce n'est que dans une période tardive que le cœur gauche est envahi, mais toujours à un moindre degré que le droit.

L'examen microscopique montre que le tissu adipeux, dont le centre de prolifération siège sous la séreuse, pénètre sous forme de traînées dans l'épaisseur du myocarde en se guidant sur les vaisseaux. Les fibres musculaires dissociées par cette invasion conservent leur striation sauf celles qui, isolées et étouffées par la graisse, subissent la dégénérescence graisseuse. L'examen du cœur adipeux chez l'homme conduit aux mêmes résultats, l'envahissement par le tissu adipeux est le même et ce n'est qu'après un certain temps et par les progrès de la maladie que la masse contractile diminue et subit des altérations moléculaires.

La surcharge graisseuse gêne les mouvements du cœur et diminue par sa présence dans l'épaisseur du myocarde la contraction des fibres musculaires. Il en résulte que le cœur tend à se laisser dilater, car la force de ses contractions n'est plus en équilibre avec le travail normal de l'organe. Si l'embonpoint général est modéré, le cœur peut lutter avantageusement pendant longtemps et ce premier stade n'entraînant pas de troubles reste ignoré; on observe seulement un peu d'oppression et quelques palpitations dans les exercices corporels un peu forts et après les repas. A l'auscultation les bruits du cœur sont seulement un peu affaiblis; la matité cardiaque est un peu élargie et le choc de la pointe se fait un peu plus haut. Mais un embonpoint extrême avec son développement veineux considérable gêne l'action du cœur déjà affaibli, et l'on voit survenir dans ce deuxième stade, avec l'hypertrophie et la dilatation du cœur, une anhélation et des palpitations pénibles à chaque mouvement exagéré. Le malade a le sommeil léger et souvent interrompu par des accès d'asthme. La matité cardiaque est augmentée dans tous les sens, le choc est diffus,

les bruits sont sourds, parfois on entend un souffle systolique ou un dédoublement du premier bruit. Le pouls est accéléré ou ralenti. Comme symptômes de la gêne circulatoire on observe que les veines cutanées sont dilatées, surtout celles du membre inférieur et du rectum.

H. Kisch comprend enfin dans le troisième stade la dégénérescence graisseuse du cœur, qui se produit lorsque l'obésité est extrême et incurable. L'oppression constante subit des accès paroxystiques, les battements du cœur sont accompagnés d'anxiété précordiale, parfois même d'angine véritable. Les bruits du cœur sont faibles, le deuxième bruit aortique est plus marqué. La mort arrive soit au milieu des phénomènes qui signalent la période systolique de toute maladie chronique du cœur, soit subitement par suite de la paralysie cardiaque.

L. JUMON.

BIBLIOGRAPHIE

—

NERVOSISME ET NÉVROSES, par le Dr *A. Cullerre* (J.-B. Baillière et fils, édit. Paris, 1887).

Dans ce volume qui fait partie de la bibliothèque scientifique contemporaine éditée chez J. Baillière et fils, le Dr A. Cullerre a surtout en vue l'hygiène des énervés et des névropathes. « L'extrême fréquence des désordres du système nerveux à l'époque actuelle es un fait reconnu de tous. Mais d'où vient le mal ? Comment l'éviter ? Bien des gens, intéressés pourtant à voir clair dans leurs propres souffrances, se posent ces questions sans pouvoir les résoudre. C'est pour eux, dit le Dr Cullerre, que nous avons écrit ce livre. » Ce n'est donc pas seulement aux médecins, mais aussi et surtout aux gens du monde que s'adresse cet ouvrage. Aussi n'y trouvera-t-on pas toujours la rigueur scientifique que l'on demanderait à une œuvre purement médicale : mais, néanmoins, on voit que l'auteur possède à fond son sujet et qu'à chaque pas il sait appuyer son opinion sur celle des auteurs les plus compétents. Chercher les causes du nervosisme et les moyens de les combattre, établir pour les névroses une sorte d'hygiène basée sur l'étiologie, tel est son but. Aussi, après nous avoir indiqué dans un premier chapitre ce qu'il faut entendre par le tempérament nerveux et les névropathies, il nous indique leur origine, leur parenté avec les autres maladies chroniques, les différentes circonstances qui peuvent influer sur leur développement, c'est ainsi qu'il est amené à nous parler de l'influence de l'âge,

du sexe, de l'hérédité des milieux (atmosphère, saisons, climats, vêtements, habitation, villes et campagnes) des aliments, des boissons, de régime, des excitants et des poisons (tabac, morphine).

Les heureux effets de l'exercice sous toutes ses formes, des distractions, des bains, du sommeil, sont également étudiés. Il en est de même de la part qui dans les névroses revient aux organes des sens, aux fonctions sexuelles. Enfin, dans un dernier chapitre, à propos de l'intelligence, le Dr Cullerre nous montre les effets du surmenage intellectuel chez les enfants et particulièrement les résultats néfastes de la haute culture intellectuelle chez les jeunes filles.

« Nous ne sommes pas, dit-il, de ceux qui repoussent pour les filles une instruction solide et pratique. Mais, du moins, qu'on ne leur applique pas les systèmes pédagogiques en honneur auprès des garçons, qu'on ne surcharge pas les programmes, qu'on ne multiplie pas les diplômes, les concours et les examens. Qu'on leur apprenne ce qu'il faut qu'elles sachent pour n'être pas étrangères au monde qui les entoure, mais qu'on ne se propose pas pour but de leur ouvrir les carrières jusqu'ici réservées aux hommes, d'en faire des avocats, des médecins, des ingénieurs, des journalistes, des fonctionnaires, des politiciens, et qui sait, — peut-être des généraux d'armée ! Tout cela, assurément, n'est pas au-dessus de leur intelligence, mais dépasse de beaucoup leurs forces et est en dehors de leurs aptitudes. »

La femme doit rester la compagne et non pas devenir l'émule de l'homme, car selon la judicieuse remarque du Dr Withers-Moore, « si les étudiantes se multiplient au point d'entrer en lutte avec l'homme pour la conquête des professions, pour le rude combat de la vie, à quel traitement ne s'exposent-elles pas ? C'en sera fait de la douceur des mœurs, de la courtoisie, des sentiments chevaleresques, véritables conquêtes de la femme sur la rudesse naturelle de l'homme : c'est un retour vers le règne de la force, loi suprême des sociétés barbares, où la femme ne compte pas. » Mais, à côté de ces considérations philosophiques, il en est d'autres de la plus haute gravité qui nous sont fournies par les tristes résultats d'une haute culture intellectuelle sur le développement physique de la femme. Sir Benjamin Brodie a fait observer qu'en Angleterre les fils n'acquièrent une haute instruction qu'aux dépens de leur vigueur physique. Même constatation aux Etats-Unis par le Dr Clarke qui se demande « si avant un demi-siècle ses compatriotes n'en seront pas réduits, pour perpétuer leur race, à venir chercher des épouses en Europe. « Fréquence plus grande de la stérilité, abaissement de la limite d'activité reproductrice, incapacité très grande à la fonction de l'allaitement, tels sont pour Herbert Spencer les tristes résultats de l'instruction des filles à outrance. Aussi le Dr Cullerre peut-il conclure que « les

filles *au sein plat* qui survivent à une éducation à haute pression sont peu propres à la double fonction de la maternité et de l'allaitement... C'est une constatation qu'il nous est malheureusement trop facile de faire dans les grandes villes, centres d'instruction bien plus développée; que de Parisiennes incapables d'être mères, que d'autres incapables d'allaiter leur enfant!

Dr E. DESCHAMPS.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charles Richet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Dastre, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Hamelin, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de Montpellier.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date du 30 juillet, le titre III du statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des Facultés est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Dispositions spéciales à l'agrégation des Facultés de médecine.

Art. 37. — Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années; ils sont renouvelés par tiers tous les trois ans.

Art. 38. — Il y a quatre sections d'agrégés :

La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle :

La deuxième, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie;

La troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale;

La quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 39. — Les épreuves préparatoires consistent:

1° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. La surveillance sera organisée par le jury.

Le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury ;

2° Dans un exposé public fait par le candidat lui-même de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve ;

3° Les candidats à l'agrégation de physique, de chimie et d'histoire naturelle, font en outre une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a

lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Art. 40. — Les épreuves définitives sont :

1° Une leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation libre ;

2° Une série d'épreuves pratiques :

a. Pour la médecine :

Une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, examinés avec toutes les ressources du laboratoire; des exercices d'anatomie pathologique.

b. Pour la chirurgie et les accouchements :

Mêmes épreuves pratiques que pour la médecine et, en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre.

c. Pour l'anatomie :

Une leçon sur une préparation d'anatomie descriptive ; des exercices pratiques d'histologie.

d. Pour la physiologie :

Une leçon sur une préparation d'histologie; des exercices pratiques de physiologie expérimentale.

e. Pour la physique :

Une leçon sur une expérience de physique ; des exercices pratiques de physique.

. Pour la chimie :

Une leçon sur une expérience de chimie; des exercices pratiques de chimie.

g. Pour l'histoire naturelle :

Une leçon sur une préparation d'histoire naturelle; des exercices pratiques d'histoire naturelle.

h. Pour la pharmacie :

Une leçon sur une opération de pharmacie; des exercices pratiques de pharmacie.

Art. 41. — Les sujets et la durée des exercices pratiques sont déterminés par le jury.

Art. 42. — Les dispositions générales du statut du 16 novembre 1874 continueront à être appliquées.

Amphithéatre d'anatomie des hopitaux. — Le concours pour une place de prosecteur audit amphithéâtre a commencé le 3 août dernier. Les candidats sont : MM. Demoulin, Sebileau et Thiéry. Les membres du jury, sont : MM. les Drs Tillaux, Péan, Désormeaux, Panas, Perrier, E. Moutard-Martin et Legroux.

Facultés et Écoles. —Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les Facultés et Écoles ci-après désignées : Faculté de médecine de Montpellier. MM. Carrieu, agrégé, histologie ; Gerbaud, agrégé, accouchements; Gilis, agrégé, anatomie ; — Faculté de médecine de Nancy. MM. Rémy, agrégé, accouchements ;

Schmitt, agrégé, clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; Simon, agrégé, clinique des maladies des enfants ; Baraban, agrégé, histologie ; Macé, agrégé, botanique et histoire médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Rietsch, suppléant des chaires de physique et de chimie, est nommé professeur de chimie, en remplacement de M. Rousset, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de l'intérieur vient d'accorder les récompenses suivantes aux membres honoraires et participants des Sociétés de secours mutuels :

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Duhomme et Naret (de Paris).

Médailles d'or. — MM. les docteurs de Bernard de Montessus (de Châlon-sur-Saône), Brun (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Volonzac (de Rodez), Cannelier (de Saint-Lô, Poincarré (de Nancy), Desportes (de Charenton), Sicard (de Castres).

Médailles de bronze. — MM. Bouny (du Fleix), Rivière (de Lanta), Lorreyte (de Pouillon), Picard (de Selles-sur-Chelles), Daudé (de Marjevols), Toffart (de Frelinghien), Vanderpiaks (de Ennetières-en-Weppes), Duplan (de Tarbes), Grando (de Espira-de-l'Agly).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Coquelu (de Dijon), Ansaloni (de Selles-sur-Cher), Thomas (de Billiour), Parsavant (des Prés-Saint-Gervais).

TÉMOIGNAGES DE SATISFACTION. — Par décision ministérielle du 17 juillet 1887, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Mazières, à Saint-Genis ; Privat, à Campagnac ; Racine, à Scey-sur-Saône ; Martin, à Macau ; Jeanney, à Saulx ; Rémy, à Boussac ; Savin, à Saint-Germain-du-Bois ; Collot, à Joinville ; Bontet, à Orgerus ; Smagghe, à Hazebrouck ; Lannes, à Mailloux ; Vermont, à Mont-Saint-Vincent ; Darrieux, à Saint-Jean-Pied-de-Port ; Mascle, à Châteaurenard ; Chaussat, à Aubusson, Plaisance, à Brigueil ; Morel, à Pacé ; Grenet, à Héricourt ; Haran, à Vézelay ; Bertaud, à Pouancé ; Tarnawski, à Joigny ; Robert, à Sisteron ; Foucher, à Saint-Mandé, Frissant, à Mouriès ; Tonnelier, à Auxerre ; Boutet-Durivaud, à Laforêt ; Gagniard, à Avallon ; Josias, à Charenton ; Mauvesin, à Bray-sur-Seine ; Costes, à Langogne ; Favre, à Faverges, et Divry, au Catelet ;

MM. les officiers de santé Tournon, à Istres ; Faure, à Lagrand ; Lacôme, à Castelnau ; Huber, à Boos ; Dubreuilh, à Thenon ; Guerdat, à Ville-d'Avray ; Carré, à Houdain ; Mahu, à Anizy-le-Château ; Lemaître, à Moreuil, et Creuset, à La Gravelle.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 94 Jeudi 11 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 10 *août* 1887.

La discussion sur le surmenage intellectuel a été close hier, et, chose curieuse, elle a été close par le vote de conclusions dans lesquelles le mot de surmenage ne figure même pas. Il est vrai qu'à défaut du mot on y fait entendre la chose, et, de cette manière au moins, ceux qui nient l'existence du surmenage et ceux qui lui attribuent les effets les plus déplorables ont pu se trouver parfaitement d'accord pour voter les mêmes résolutions.

Le triomphateur de la journée d'hier a été M. le professeur Trélat, non seulement parce que les propositions adoptées ont été à très peu de chose près celles qu'il avait formulées lui-même, mais encore parce que, avec son très remarquable talent de parole, il a fait un discours très vivant, très typique et très enlevé, qui a été vivement applaudi à diverses reprises.

M. Trélat tient beaucoup aux exercices gymnastiques, et il tient à bien fixer les exercices auxquels les élèves doivent être assujettis. Si l'on se borne à conseiller au ministre de faire faire aux enfants de la gymnastique et des promenades en plein air, les universitaires accepteront le principe, mais ils ne trouveront pas le temps de le mettre à exécution. Ici, il ne faut pas craindre de donner trop de détails, il faut tout spécifier.

M. Hardy accepterait bien les conclusions de M. Trélat, mais il trouve au contraire qu'elles contiennent trop de détails, que les exercices auxquels M. Trélat voudrait voir se livrer les élèves sont trop spécifiés. Puis, en exigeant tant de gymnastique, ne court-on pas le risque de dépasser le but? Si l'on adopte entièrement les propositions de M. Trélat, nos petits enfants seront sans doute des hercules, mais auront-ils un développement intellectuel suffisant pour faire dans le monde assez bonne figure? L'Académie n'a pas eu de pareilles craintes, puisqu'elle a accepté à l'unanimité les conclusions de M. Trélat. La seule concession qu'elle ait voulu faire à M. Hardy

c'est de placer entre parenthèses le détail des exercices gymnastiques recommandés.

Malgré des longueurs et de nombreuses redites, cette discussion restera certainement une de celles dont le public qui suit les séances de l'Académie gardera le meilleur souvenir.

A la fin de cette séance M. Paul Berger a présenté deux malades chez lesquels il avait traité des pseudarthroses du fémur par l'enclavement des fragments et la suture métallique à fils perdus. Les résultats sont remarquables et depuis plus d'un an déjà ces deux hommes peuvent sans inconvénient se livrer à des travaux pénibles.

A. Ch.

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur B. Ball.

Des causes de la paralysie générale.

Messieurs,

Après avoir étudié avec vous les principaux symptômes qui caractérisent la paralysie générale et les formes si nombreuses et si diverses que peut revêtir cette maladie, je me propose d'en rechercher les causes et d'entrer ainsi dans le vestibule de la partie vraiment scientifique du sujet. Dans nos leçons ultérieures, nous étudierons en effet les lésions anatomiques de la paralysie générale; nous en discuterons la nature et nous chercherons à déduire de ces données fondamentales quelques conséquences pratiques au point de vue du traitement.

Messieurs, ce qui frappe tout d'abord l'observateur quand il aborde cette partie de la question, c'est que la paralysie générale semble être une maladie qui ne s'est révélée que dans les temps modernes. C'est à peine si dans les écrits des anciens, qui nous ont laissé des descriptions si vives et si colorées de la plupart des maladies mentales, nous trouvons quelques indications qui peuvent à la rigueur, en torturant les textes, être appliquées à la maladie qui nous occupe. Il faut arriver jusqu'à la fin du XVIIe siècle, il faut remonter jusqu'à Willis pour trouver quelques indications qui semblent se rapporter plus exactement à la maladie. Mais ce sont en réalité les aliénistes du commencement de ce siècle qui ont jeté les fondations de l'édifice et qui ont posé les premières assises sur lesquelles se sont élevés les travaux ultérieurs. Je ne me propose pas de vous retracer l'historique de ces travaux, je l'ai fait ailleurs, et je ne songe point à me répéter aujourd'hui; mais ce qui ressort le

plus nettement de cette vue d'ensemble, c'est que la paralysie générale, qui très probablement existait alors dans quelques cas isolés, était confondue avec la grande masse des maladies mentales, et que nul ne songeait autrefois à distinguer les paralytiques généraux des autres aliénés. J'en déduis une conclusion des plus importantes ; c'est que nous avons affaire à une maladie essentiellement moderne. Non seulement il n'existe aucune description systématique de la paralysie générale dans les auteurs, mais encore, dans les récits qui nous sont parvenus sur la mort de plusieurs personnages historiques, nous ne trouvons aucun renseignement qui puisse se rapporter à cette affection. Nous connaissons par le détail l'histoire de la gangrène qui mit fin aux jours de Louis XIV; nous connaissons la fin tragique de Madame Henriette d'Angleterre ; nous savons que Périclès mourut de la peste d'Athènes et qu'Alexandre le Grand fut victime d'une fièvre pernicieuse motivée par ses excès alcooliques, et pourtant l'histoire, qui nous a retracé d'une manière si complète la biographie pathologique de tant de personnes célèbres, ne livre pas une seule observation de paralysie générale. Il semble assez légitime de conclure que cette affection, presque vulgaire de nos jours, était à peu près ignorée avant notre époque. Sans doute l'esprit humain, lorsque son attention n'est pas attirée sur certains points particuliers, peut passer à côté des phénomènes les plus remarquables sans les observer, mais il semble presque impossible d'admettre qu'une maladie aussi nettement caractérisée ait pu échapper à l'attention de nos prédécesseurs, si vraiment elle existait autrefois avec un certain degré de fréquence. C'est là, messieurs, le point fondamental. Qu'il y ait eu quelques cas de paralysie générale disséminés parmi les aliénés des siècles passés, la chose est non seulement possible, elle est même extrêmement probable, mais la véritable différence entre les temps passés et le moment présent. c'est que ce qui se présentait autrefois comme une exception des plus rares est actuellement un des accidents les plus communs de la pathologie, et la transformation qui s'est opérée à cet égard nous apprend que la physiologie cérébrale des nations civilisées est aujourd'hui profondément différente de ce qu'elle était autrefois.

Sans doute l'antiquité et le moyen âge ont connu des guerres sanglantes et des révolutions terribles. Sans doute la littérature de toutes les époques nous retrace sous une multitude de formes le tableau de l'aliénation mentale. Sans doute à toutes les époques les excès alcooliques et les orgies voluptueuses ont été connus dans tous les pays du monde. Mais le pouvoir de résistance qui nous manque aujourd'hui semble avoir été p us grand chez nos ancêtres. Prenons une période pleinement éclairée par les lumières de l'histoire.

La révolution d'Angleterre a bouleversé les assises de la société, il y a deux siècles ; elle a fait périr un roi sur l'échafaud; elle a plongé dans l'abaissement des familles illustres ; elle a suscité des grandeurs nouvelles ; elle a surexcité les passions de tous genres, et la folie n'a pas tardé à se manifester au milieu de ces bouleversements, mais elle porte l'empreinte de l'époque ; c'est un délire mystique, c'est la folie religieuse avec ses hallucinations, avec ses terreurs, avec ses impulsions insensées, mais nulle part nous ne trouvons un seul cas de paralysie générale.

La paralysie générale est donc véritablement la maladie du XIXe siècle et sera plus encore la maladie du XXe. Les difficultés toujours croissantes de la vie, la lutte pour l'existence, le surmenage intellectuel, la culture intensive qui nous saisit dès le berceau et nous poursuit jusqu'à la tombe, ont à la longue porté leurs fruits, et c'est une longue lignée de cerveaux congestionnés qui a fini par donner naissance à la génération présente avec son organisation fragile et sa susceptibilité névropathique.

Il est donc bien nettement établi que, dans la suite des temps, la paralysie générale a marqué une prédisposition spéciale pour une époque et que cette époque est la nôtre. Mais si cette maladie semble se renfermer dans des limites étroites quant au temps, elle semble avoir donné la préférence à certains lieux dans l'espace. S'il était possible d'établir une carte montrant par des teintes de plus en plus foncées la prédominance de cette affection, nous serions frappés, en regardant cette mappemonde, d'un fait bien remarquable : c'est que l'Europe centrale et l'Amérique du Nord sont les pays les plus largement favorisés à cet égard. La France, l'Angleterre, l'Allemagne et les petits pays voisins, et, à travers l'Atlantique, la confédération des États-Unis tiennent évidemment la place d'honneur, et dans ces pays mêmes, les grandes villes, et plus spécialement les capitales, sont des points marqués en relief sur la carte. Londres, Berlin, New-York, en Suisse la ville de Genève, ce petit foyer de lumière où la vie intellectuelle brille d'un éclat si concentré, sont des centres de paralysie générale. Par contre, il est des pays situés pour ainsi dire au centre même du courant de la civilisation européenne, et qui, par une immunité singulière sont presque entièrement préservés de cette maladie. L'Irlande et l'Écosse, la Suède et les pays Scandinaves ne présentent que de très rares exemples de paralysie générale et cependant, tandis que ces pays vivent en pleine activité intellectuelle et fournissent des preuves répétées d'énergie cérébrale au point de vue des lettres et des arts, de la science et du commerce, ils sont également remarquables par la prépondérance de l'alcoolisme qui acquiert en Scandinavie sa plus haute expression.

Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point qui mérite une attention spéciale. La prépondérance à cet égard de Paris sur le reste de la France dépasse les proportions ordinaires et fixe immédiatement les regards. Nous vivons incontestablement dans l'une des localités les plus favorables à la propagation de cette maladie et la composition spéciale de la population parisienne, dans une certaine mesure, nous en donne la clef.

Dans une conférence remarquable, M. le Dr Rochard faisait récemment observer que, dans les pays où la population est logiquement et physiologiquement organisée, le nombre des individus appartenant aux divers âges de la vie représente une pyramide reposant sur une large base et se terminant en pointe par un retrait graduel. La population infantile, qui représente les nouvelles couches arrivant à la vie, forme une vaste surface à laquelle se superposent d'autres surfaces régulièrement décroissantes et qui représentent la jeunesse, l'âge adulte, la maturité et la vieillesse.

En France, la pyramide offre une base plus restreinte et le sommet est plus aigu, car le nombre des enfants n'est pas dans une proportion normale avec celui des adultes et des vieillards. Mais à Paris la figure est absolument paradoxale, la base de la pyramide est plus étroite que le milieu où se trouve un gonflement énorme. C'est qu'en effet le nombre des enfants nés à Paris est une quantité minime par rapport au nombre des adultes qui de toutes les parties de la France et du monde viennent chercher fortune à Paris. C'est là que se donnent rendez-vous les ambitieux, les agités, les esprits les plus intelligents et les plus actifs et ceux qui, vaincus dans la lutte, seront plus tard des déclassés. On comprend dès lors quelle proie facile une population ainsi constituée doit offrir à la maladie qui frappe de préférence les cerveaux les plus surmenés. Nous aurions lieu d'en être fiers si, comme le dit un auteur américain, l'on pouvait juger, d'après la fréquence plus ou moins grande de la paralysie générale, des progrès accomplis par la civilisation chez les divers peuples.

(A suivre).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 *août* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° un travail manuscrit de M. le Dr Delmas, médecin-major à l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains, sur la pratique thermale à Amélie-les-Bains; 2° une note manuscrite de M. le Dr Cavaillon, de Carpentras (Vaucluse), sur le

traitement des œdèmes cardiaques par des pointes de feu pratiquées avec le galvano-cautère; 3° une note manuscrite de M. le Dr H. Dezautière, médecin des mines de Lamachine (Nièvre), sur une épidémie de variole et les moyens pratiques à la campagne employés pour la combattre et pour éviter la propagation des maladies contagieuses et épidémiques en général; 4° une lettre du maire de Belvès (Dordogne), envoyant à l'Académie un échantillon de l'eau puisée dans la fontaine de cette commune et qui a été accusée d'être la cause du développement d'une épidémie de fièvre typhoïde dans cette localité.

Du surmenage intellectuel. — M. *Trélat* veut se borner à quelques remarques. Il a inscrit, dans les conclusions qu'il va présenter, quelques mesures qui sont déjà, paraît-il, en voie d'exécution, mais il n'y a aucun inconvénient à ce que l'Académie dise ce qu'elle veut en matière de constructions scolaires. En second lieu, M. Trélat s'est aperçu que les conclusions proposées par la Commission ne voulaient pas dire ce que les mots leur faisaient dire, M. Trélat ne diffère donc pas de sentiments avec la Commission, il diffère seulement d'expressions.

En troisième lieu, M. Trélat a inscrit dans ses conclusions un autre point : il demande que les enfants et jeunes gens soient astreints à des exercices gymnastiques d'entraînement quotidiens.

M. Trélat ne croit pas au surmenage scolaire, mais il croit au malmenage scolaire. Le cerveau de nos enfants n'est pas surmené outre mesure, mais si l'on tient compte du mauvais régime physique des établissements et des nombreuses faiblesses physiques congénitales primitives, on arrive à voir que la grande préoccupation doit être la simplification des programmes et surtout les nombreux desiderata de la vie physique des collèges.

M. Trélat propose donc les conclusions qui vont être adoptées tout à l'heure par l'Académie et que nous reproduisons plus loin (p. 1134). Les conclusions adoptées diffèrent des conclusions primitives par le retranchement d'un seul paragraphe dans lequel M. Trélat, au lieu de les énoncer simplement, spécifiait les conditions de ventilation, de chauffage et d'éclairage qu'il lui paraissait nécessaire d'établir dans les nouveaux bâtiments.

M. Hardy croit que tout le monde est d'accord avec ce que vient de dire M. Trélat, qui d'ailleurs s'est aujourd'hui considérablement rapproché de ce que demande la Commission. M. Trélat a très bien dit, il a même donné trop de détails, il faut dire simplement que les meilleures conditions physiques doivent être remplies. M. Hardy donne lecture des conclusions suivantes qu'il propose au vote de l'Académie :

« L'Académie, préoccupée des mauvaises conditions hygiéniques de la plupart des lycées qui se trouvent dans les grandes villes, pense qu'il serait désirable que les établissements destinés à recevoir les élèves internes fussent transportés dans la campagne dans un espace plus en rapport avec le nombre des élèves qu'ils doivent contenir.

Estimant également que la grande sédentarité et la trop longue durée des travaux intellectuels peut nuire à la santé et au développement physique des enfants ou des jeunes gens, elle recommande, pour diminuer le travail exigé des élèves, l'allègement des programmes universitaires et elle voudrait voir donner plus de temps aux promenades en plein air et aux exercices du corps ».

M. *Féréol* se rallie aux conclusions de M. Trélat, il croit qu'il ne faut pas craindre dans ces cas de donner des détails, il n'y a pas de petites choses en cette matière.

M. *Larrey* se rallie à la proposition de M. Trélat, sauf quelques détails à supprimer.

M. *Lagneau* fait remarquer que la conclusion de M. Trélat vise des conditions hygiéniques que la Commission n'avait pas besoin de spécifier. Toutes ces mesures se trouvent d'ailleurs dans les considérants du rapport de M. Lagneau.

M. *Trélat* sacrifiera volontiers une partie des expressions de ses conclusions, mais il y a une partie qu'il désire conserver, c'est le détail des exercices physiques qu'il désire voir exécuter. Si nous nous contentons de dire d'une façon générale qu'il faut de la gymnastique, on ne fera rien ou on ne le fera que d'une façon dérisoire. Un ancien collégien, un homme de 46 ans, écrit à M. Trélat que ce qu'il faudrait c'est diminuer les sorties et les congés pour augmenter les récréations et les exercices physiques. Lorsqu'il était au collège, la simple promenade du jeudi était une cause de fatigue telle qu'à l'étude du soir tout le monde dormait et la sortie du dimanche était cause que tout le monde dormait le lundi. Eh bien, il faut mettre nos collégiens dans des conditions telles qu'ils puissent au moins supporter la promenade du jeudi.

M. *Brouardel* est absolument de l'avis de M. Trélat. Il faut, sur les points où nous ne sommes pas d'accord avec l'Université, spécifier tous les points que nous voulons voir adopter. Il ne faut négliger aucun détail.

Il y a d'autres points où nous sommes d'accord avec l'Université, s où nous ne sommes plus d'accord avec les familles, c'est sur placement qu'il convient de donner aux lycées. On a construit à aux un très beau lycée, le lycée Lakanal. Eh bien ! on n'arrive pas faire entrer des élèves.

M. *Hardy*. Si l'on adoptait le programme de M. Trélat, nos petits-fils seraient probablement des hercules mais leur développement intellectuel serait peut-être insuffisant.

D'autre part, M. Trélat nous a reproché de nous occuper des programmes universitaires qui, disait-il, ne nous regardent pas, mais il est tombé lui-même dans le travers qu'il nous reproche, en soumettant au ministre un programme très détaillé d'exercices gymnastiques.

M. Bergeron croit qu'il serait possible de combiner les conclusions de M. Trélat avec celles de M. Hardy, et donner ainsi satisfaction au sentiment général de l'Académie.

M. le Président invite M. Trélat et M. Hardy a se réunir pendant quelques minutes dans le but de se mettre d'accord sur leurs conclusions ; M. Brouardel leur est adjoint. Ces trois académiciens se retirent à la bibliothèque, suivis de plusieurs de leurs collègues ; au bout de quelques minutes ils reviennent, et *M. Brouardel* lit à la tribune les conclusions suivantes :

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

Elle pense que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne, que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations, que les salles de classe doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

Sans s'occuper des programmes d'études, dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants :

Accroissement de la durée du sommeil pour les jeunes enfants.

Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire à la vie sédentaire, et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices.

Nécessités impérieuses de soumettre tous les élèves à des exercices d'entraînement quotidiens, d'entraînement physique, proportionnés à leur âge : (Marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrime de tout genre, jeux de force, etc.). »

Ces premières propositions sont adoptées à l'unanimité jusqu'à la parenthèse. L'Académie adopte ensuite les détails spécifiés par M. Trélat à condition que les mots ajoutés seraient placés entre parenthèses.

La discussion sur le surmenage intellectuel est close.

De l'enclavement des fragments et de la suture métallique à fils perdus dans le traitement des pseudarthroses du fémur, par M. *Paul Berger*. Ce procédé, que M. Berger a eu l'occasion de mettre deux fois à exécution, a pour but de remédier aux causes des insuccès qu'on observe fréquemment dans le traitement de ces pseudarthroses par la résection et la suture osseuse.

Ces causes d'insuccès tiennent à la difficulté de maintenir en contact les fragments, à la suppuration du foyer de résection, déterminée par les fils métalliques qui sortent de la plaie, et à l'impossibilité qu'on éprouve parfois à retirer ces fils qui se brisent lorsqu'on cherche à les enlever.

M. Berger propose de faire un avivement cunéiforme des fragments, de manière que le V saillant que présente le fragment supérieur, puisse être enclavé dans le V rentrant qu'on a taillé dans le fragment inférieur. De la sorte se trouvent diminuées les chances d'écartement secondaire de ces fragments.

La suture métallique à fils perdus, pratiquée de préférence avec du fil de platine très fort, doublé sur lui-même et parfaitement aseptique, doit être substituée à la suture métallique ordinaire : les chefs des fils employés pour la suture sont coupés au ras du point où on les a tordus, et sont martelés et égalisés avec un polissoir sur l'os afin de ne présenter aucune inégalité : on ramène sur eux le périoste et on réunit l'incision superficielle par la suture.

Il faut avoir soin d'enfermer aussitôt le membre dans un appareil inamovible, préparé avant l'opération et laissant une ouverture suffisante pour les pansements.

Ce procédé ne peut être tenté qu'en suivant les règles strictes de la méthode antiseptique, grâce à laquelle on a des chances de voir diminuer le chiffre de la mortalité (jusqu'à présent 19 0/0) et la proportion des insuccès (51 0/0) inhérents à cette opération.

Des deux malades traités par ce moyen et que M. Berger présente à l'Académie, l'un a eu néanmoins un peu de suppuration du foyer de la résection et a éliminé un des fils de la suture avec un séquestre, l'autre a guéri sans suppuration profonde et a conservé ses deux points de suture osseuse. Chez l'un et l'autre la consolidation est complète depuis plus d'un an et demi et la marche est possible.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par Victor *Odent*.

Cette étude, inspirée par M. Legroux comme sujet de thèse inau-

gurale, repose sur l'observation d'une épidémie de scarlatine qui atteignit une quinzaine d'enfants pensionnaires à l'école d'Arcueil. Elle tend à démontrer l'existence de deux angines pseudo-membraneuses distinctes développées dans le cours de la scarlatine. Quelques auteurs, Graves, Rilliet et Barthez, entre autres, avaient indiqué cette distinction basée sur des différences d'évolution, de symptômes et de pronostic des deux angines, l'une, diphthérique vraie venant compliquer la scarlatine, l'autre, angine scarlatineuse pseudo-membraneuse non diphthérique. Voici d'ailleurs les conditions dans lesquelles l'épidémie fut observée. Aucun cas de diphthérie n'a été constaté dans l'école ni avant ni après l'épidémie et les médecins de la localité n'en connaissaient pas dans leur clientèle. C'est au milieu des conditions hygiéniques les meilleures que se développa l'épidémie en question. Or tous les malades présentèrent les symptômes que l'on est convenu d'assigner à l'angine diphthérique vraie et quatre d'entre eux eurent, au courant de leur scarlatine, des symptômes angineux graves, accompagnés de fausses membranes véritables.

L'auteur justifie la distinction des deux formes d'angines pseudo-membraneuses dans la scarlatine sur les caractères suivants : l'angine pseudo-membraneuse non diphthérique n'est point l'effet d'une contagion, elle paraît relever d'une constitution épidémique. Elle se montre dès le premier ou le second jour de l'éruption, et se termine avec la desquamation. Sa fausse membrane apparaît sur une muqueuse cramoisie, tranchant par sa couleur blanchâtre sur un fond livide, mais jamais elle ne devient gangréneuse ; elle envahit le nez, la trompe d'Eustache, mais reste limitée à la partie inférieure du pharynx. Si la douleur pharyngée est vive, si la fièvre est précoce et intense, le gonflement ganglionnaire est toujours modéré et l'on n'observe pas au même degré que dans l'angine diphthérique vraie les signes effrayants de l'infection locale et générale. Le pronostic est presque toujours bénin pour l'angine pseudo-membraneuse, il est presque fatal pour l'angine diphthérique qui complique la scarlatine. En résumé les signes les plus constants de l'angine scarlatineuse avec pseudo-membranes sont l'absence de contagion diphthérique, l'apparition précoce, contemporaine de l'angine, des fausses membranes. Mais certains points communs obligent, d'après nous, à une grande réserve dans le diagnostic. L'auteur nous les indique, ce sont l'albuminurie, des éruptions scarlatiniformes pouvant survenir dans la diphthérie (G. Sée), enfin cette même angine pseudo-membraneuse précoce présumée non diphthérique peut entraîner la mort rapide au milieu d'accidents infectieux. Ces deux formes d'angine, quoique différentes, ont cependant des analogies très étroites, peut-

être n'y a-t-il au fond qu'une question de nuance que la microbiologie pourra élucider un jour.

L. JUMON.

NOUVELLES

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Pour compléter les cadres et pourvoir aux vacances qui se sont produites dans ce service, un concours aura lieu le 7 novembre, concours pour lequel les candidats devront se faire inscrire avant le 7 octobre prochain.

Trente-cinq places sont actuellement disponibles et voici comment elles se répartissent :

1 place dans les 4e, 6e, 8e, 11e, 14e, 15e 16e, 17e et 20e arrondissements ; 2 places dans les 2e, 5e, 7e et 12e arrondissements; 3 places dans le 3e; 4 dans le 19e; 5 dans le 13e et 6 dans le 18e.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — Un arrêté du Ministre du commerce vient d'instituer à Paris, pendant la durée de l'exposition universelle de 1889, une série de congrès et conférences, divisées en quinze sections.

Deux de ces sections, la 6e et la 11e, intéressent les médecins.

La sixième, qui se rapporte aux *sciences médicales*, est instituée sous la direction d'un comité composée de :

MM. Baillon — Bergeron — Daubrée — A. Milne Edwards — Mallard, professeur à l'École des mines — Marey — Quatrefages — Ch. Richet — Verneuil.

La onzième qui se rapporte à l'*hygiène* et à l'*assistance publique* est instituée sous la direction d'un comité composé de :

MM. Bérenger, sénateur — Brouardel — Herbette, directeur de l'administration pénitentiaire — Ch. Herscher, vice-président de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle — Matrat, chef de bureau au ministère de la guerre — Ch. Monod, directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur — Napias — Th. Roussel — Paul Strauss, conseiller municipal de Paris.

CONGRÈS D'HYGIÈNE DE VIENNE. — Par arrêté ministériel en date du 22 juillet 1887, M. Marie Davy, président de la Société française d'hygiène a été nommé membre du comité chargé d'assurer la participation de la France au congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (Autriche), en 1887 (section d'hygiène).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Buffet-Delmas, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Lachaize, appelé à d'autres fonctions.

M. Lachaize, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie vacante par suite du décès de M. Delaunay.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 31 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe (choix) ; Linarès, maintenu en mission au Maroc ;

(Ancienneté) : Dubois, désigné pour le 1er d'infanterie ;

(Choix) : Brisset, désigné pour le 128e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe (choix) : Courtois, désigné pour le 99e d'infanterie ;

Premier tour (ancienneté) : Uffoltz, maintenu aux hôpitaux de la division du Tonkin et de l'Annam ;

Deuxième tour (ancienneté) : Coindreau, désigné pour le 138e d'infanterie ;

(Choix) : Strœbel, désigné pour le 137e d'infanterie.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du président de la République française, et sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, l'article 41 du décret du 24 juin 1886, portant organisation du service de la marine, est modifié comme suit :

« ART. 41. — A partir du 1er septembre 1886, les médecins en chef, les médecins et pharmaciens principaux, dont il est question à l'article 40, qui désireront servir à la mer ou aux colonies, prendront rang dans la 4e catégorie de la liste de départ, à la date de leur promotion au grade dont ils sont titulaires.

« Ils ne pourront, à dater du 1er septembre 1886, réclamer de nouveau leur inscription sur la liste de départ avant l'expiration d'un tour réglementaire dans l'enseignement. Ils pourront être promus aux grades supérieurs sans avoir satisfait, pendant leur période d'enseignement, aux conditions fixées par les articles 9, 10, 11, 15 et 16 du décret du 24 juin 1886.

« Cette dernière disposition sera appliquée aux officiers du corps de santé qui seront nommés à l'emploi de professeur à compter de la mise en vigueur du présent décret. »

DISPENSAIRES D'ARRONDISSEMENT. — Le Conseil municipal de Paris a voté la création dans chaque arrondissement de Paris, d'un dispensaire pour enfants malades, suivant le modèle du dispensaire scolaire du 1er arrondissement. 100,000 francs ont été votés pour cette création.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 95 Samedi 13 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur B. Ball.

Des causes de la paralysie générale (1).

(*Suite et fin.*)

Telles sont, d'une manière générale, les causes qui président au développement de la paralysie générale. Entrons maintenant dans l'étude des détails, et voyons quelles sont les causes prédisposantes et occasionnelles qui favorisent le développement et l'explosion de cette maladie.

L'âge est la plus importante et la première de toutes. C'est en pleine activité fonctionnelle, c'est en pleine turgescence vitale que la paralysie générale frappe les cerveaux prédestinés. C'est donc de 35 à 45 ans que la maladie offre la plus grande fréquence, elle est rare avant 30 ans, elle est rare après 60 ans, et c'est tout à fait exceptionnellement qu'on a cité des cas qui dépassent ces limites (16 ans d'une part, 65 ans de l'autre).

Le sexe exerce à cet égard une influence incontestable ; tandis que la folie ordinaire est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme, la paralysie générale, au contraire, frappe le sexe masculin sept fois plus souvent que le sexe féminin. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que, dans les classes supérieures de la société, la femme est presque absolument épargnée. Cette différence peut s'expliquer, dans une certaine mesure, par les conditions mêmes de la vie. L'homme des classes supérieures, obligé de fournir une somme de travail intellectuel plus considérable, est plus directement exposé aux conséquences de la fatigue cérébrale. La femme, au contraire, vivant dans l'aisance, sans être astreinte aux travaux qui la procurent, échappe à cette contention d'esprit qui est l'une des causes principales de la maladie. Au contraire, dans un ménage de travailleurs, la femme, mêlée plus directement aux efforts et aux

(1) V. *France médicale*, n° 94.

souffrances de son mari, est plus directement exposée à subir les mêmes accidents pathologiques. Au reste, les progrès incessants de l'affection chez les femmes donnent tout lieu d'espérer que dans un court espace de temps l'égalité des sexes sera réalisée sur le terrain de la pathologie générale.

Si les grandes dames sont peu sujettes aux atteintes de cette maladie, à l'extrémité opposée de l'échelle sociale, les prostituées en deviennent très souvent les victimes. Ce n'est point, à coup sûr, le surmenage intellectuel qui peut expliquer leur déchéance, il faut en chercher plutôt la raison dans les excès de tout genre qu'elles commettent journellement et dans les habitudes d'une vie absolument contraire aux règles de l'hygiène.

L'influence des professions est hors de toute contestation. Ce sont les professeurs, les lettrés, les savants, les médecins, les hommes politiques qui sont frappés les premiers. L'activité intellectuelle longtemps entretenue est en effet l'une des conditions qui congestionnent les centres psychiques et contribuent à la paralysie générale. Mais il est une profession signalée par tous les observateurs parmi celles qui comptent le plus grand nombre de victimes, il s'agit de l'état militaire. Les aberrations mentales sont fréquentes dans les armées de terre et de mer, mais la paralysie générale affecte ici une prédominance marquée. Les officiers sont frappés plus souvent que les soldats, et parmi les corps militairement organisés en dehors de l'armée, ce sont les douaniers qui en sont le plus spécialement atteints.

J'ai souvent pensé que la réunion d'efforts physiques souvent considérables, d'un travail intellectuel souvent acharné, et de préoccupations souvent très graves, surtout chez ceux auxquels incombe la responsabilité du commandement, pouvaient expliquer, dans une certaine mesure, les ravages exercés par la paralysie générale chez les hommes réunis sous les drapeaux, mais il reste toujours à cet égard une part d'inconnu.

Enfin, l'on a incriminé l'alimentation riche en principes phosphorés, comme une des causes de la paralysie générale, et l'on a signalé à l'appui de cette opinion l'immunité relative des campagnards comparés aux citadins. Cependant, les nombreuses populations qui se nourrissent presque exclusivement de poisson ne présentent aucune prédisposition à cette maladie, et l'on sait pourtant que le poisson est un aliment riche en phosphore. Disons plutôt que les hommes bien nourris ont en général l'intelligence plus active, ce qui constitue, comme nous l'avons vu, une prédisposition directe.

Les causes occasionnelles de la paralysie générale sont extrêmement nombreuses. Tous les genres de fatigue et d'affaiblissement

peuvent déterminer chez les prédisposés l'explosion de cette maladie. Nous avons déjà signalé l'influence des travaux intellectuels, mais nous avions pensé autrefois que les travaux artistiques ou littéraires étaient des causes morbides plus efficaces que les recherches scientifiques. Des statistiques récentes semblent donner tort à cette manière de voir, et paraissent prouver que la maladie est plus fréquente chez les savants que chez les artistes et les littérateurs.

Mais nous avons assez parlé des fatigues intellectuelles. Les fatigues physiques sont une cause indubitable de paralysie générale. J'ai vu plus d'une fois survenir la paralysie générale chez des jeunes gens qui venaient de faire leurs vingt-huit jours. Soumis à des marches vraiment excessives pour des recrues sortant de la vie civile, ils ont vu se déclarer les premiers symptômes de la maladie presque aussitôt leur rentrée dans leurs foyers.

Mais de toutes les fatigues et de tous les abus, ce sont incontestablement les excès vénériens qui tiennent la première place dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe et ces excès, notez-le bien, peuvent souvent se produire dans l'état conjugal, car sans manquer en aucune façon à la loi morale, on peut transgresser les lois physiologiques qui dominent le terrain tout entier de l'hygiène et qu'on ne ne saurait violer sans amener l'effondrement de l'organisme.

Quant aux abus solitaires, ils conduisent plutôt à un état mental tout particulier; les masturbateurs, lorsqu'ils versent dans l'aliénation mentale, sont habituellement des persécutés vaniteux, plaintifs et débiles; ils n'ont pas la force de s'élever jusqu'à l'encéphalopathie paralytique.

Signalons maintenant les influences congestives : la ménopause chez la femme, la suppression des hémorrhoïdes chez l'homme, l'excitation dans les deux sexes, paraissent exercer à cet égard une influence regrettable.

La chaleur artificielle, si nuisible aux sujets qui sont entrés déjà dans le domaine de la maladie, devient chez les prédisposés qui n'ont pas encore fléchi une cause occasionnelle des plus graves. Les raffineurs, les chauffeurs, les cuisiniers sont spécialement exposés à ces accidents.

On doit attribuer une grande part d'influence aux maladies antérieures. Signalons d'abord la part qui revient à la chirurgie. Les traumatismes de toute espèce, et en particulier les coups sur la tête, ont été souvent le point de départ d'une paralysie générale. J'ai présenté souvent à mes élèves un homme de 35 ans, parfaitement sain d'esprit et qui n'avait jamais commis d'excès, mais qui devint paralytique général à la suite d'un accident de ce genre. Il conduisait une voiture lourdement chargée qui fut subitement versée. Il reçut

un coup violent sur la tête et perdit connaissance. Quand il revint à lui longtemps après, il avait oublié la langue allemande qu'il parlait couramment et ne pouvait plus s'exprimer qu'en français, circonstance d'autant plus fâcheuse qu'il se trouvait en Allemagne et qu'il fut soigné pendant deux mois dans un asile allemand. Bientôt les symptômes habituels de la paralysie générale (sans aliénation) se manifestèrent et cet homme mourut deux ans après son accident, L'autopsie révéla les lésions classiques de la paralysie générale.

Parmi les affections qui relèvent de la pathologie médicale, je vous rappellerai surtout l'érysipèle et en particulier l'érysipèle de la face dont l'influence a été signalée par M. Baillarger. Viennent ensuite par ordre de fréquence la fièvre typhoïde, la pneumonie, la phthisie et les affections cardiaques.

Ce qui est vraiment étrange, c'est que les maladies mentales proprement dites ne paraissent pas créer une prédisposition à la paralysie générale. Nous voyons des persécutés, des circulaires, des agités, rester fidèles pendant de longues années au type qu'ils ont choisi sans jamais dévier de la li ne primitive. Il est vrai que, dans ces temps derniers, M. Baillarger a parlé d'un genre particulier de folie qui précédait la paralysie générale, mais il s'agit là d'un trouble intimement lié à cette affection cérébrale; c'est une folie d'un genre tout particulier. Quant à la manie et à la mélancolie, qui semblent inaugurer le règne de la paralysie générale, ce sont évidemment des manifestations symptomatiques, ce ne sont point des maladies à part.

Vous savez, Messieurs, que souvent la paralysie générale se développe par voie de propagation. Une lésion périphérique remontant vers le centre vient quelquefois atteindre le cerveau; parmi les causes de cet ordre, il faut accorder la première place à l'ataxie locomotrice et aux maladies de la moelle épinière. On a vu, mais plus rarement, les affections du bulbe et surtout la paralysie glosso-labio-laryngée, aboutir au même résultat. Les nerfs périphériques à leur tour peuvent être frappés de lésions qui suivent une marche ascendante et finissent par atteindre l'encéphale. C'est ainsi que l'amaurose, les lésions du nerf optique, la sciatique et les autres névralgies ont pu devenir l'origine d'une paralysie générale. Enfin M. Foville a apporté un cas de paralysie diphthéritique du pharynx qui, par un mécanisme analogue, a déterminé cette maladie.

Dans cette longue énumération, nous n'avons pas fait la part de l'hérédité. C'est qu'en effet la paralysie générale ne se transmet pas directement de père en fils, comme la phthisie pulmonaire. Il y a des exceptions à cette règle. Mais ce qui se transmet surtout, c'est, comme le disait Lunier, l'hérédité des tendances congestives qui prédisposent à la paralysie générale.

Il existe, Messieurs, une classe nombreuse de maladies que je crois devoir désigner par le nom de pseudo-paralysies générales. Les symptômes de la maladie et quelques-unes de ses lésions peuvent être déterminés par la syphilis, par la pellagre, par le tabac, le mercure et le plomb. J'ai cherché ailleurs à vous démontrer que ces affections se sont point des paralysies générales malgré toute la ressemblance qu'elles peuvent offrir avec cette maladie ; mais je ne saurais reprendre ici cette discussion qui a déjà trouvé sa place dans une autre partie de mon cours.

Reste enfin une question des plus importantes et que nous avons réservée pour la fin. Parmi les influences qui peuvent donner naissance à la maladie qui nous occupe, nous avons largement fait la part de Vénus ; il nous reste à faire celle de Bacchus, et sous ce rapport nous serons obligés de nous écarter quelque peu des opinions le plus généralement admises.

L'alcoolisme a été souvent considéré comme la cause principale de la paralysie générale, mais un examen attentif de la question nous démontre qu'il existe à cet égard de nombreuses erreurs de diagnostic. Les débuts de la maladie sont en effet signalés chez nombre de sujets sobres d'ailleurs, par un penchant excessif pour l'abus des spiritueux. C'est l'un des premiers symptômes de la maladie, ce n'est point la cause qui la détermine. Ce sont les excès anciens et non les excès récents qu'il faut rechercher.

Nous croyons donc qu'il faut se défier des statistiques qui constatent brutalement que tel nombre de paralytiques s'est rencontré chez tel nombre d'alcooliques. Il faut une analyse plus fixe et plus scrupuleuse pour distinguer ici le vrai du faux et se mettre à l'abri des causes d'erreur ; et, basé sur nos observations personnelles, nous pensons avec Lasègue que les abus alcooliques conduisent à l'alcoolisme, c'est-à-dire à un état cérébral particulier caractérisé par des symptômes et des lésions qui lui sont propres. Cela est bien certainement le cas le plus habituel, cependant nous ne voulons point nier d'une manière absolue l'influence que peut exercer l'alcoolisme sur le développement de la paralysie générale. Mais nous croyons qu'il s'exerce surtout par la voie indirecte de l'hérédité et que l'alcoolique est exposé à engendrer des enfants qui deviendront un jour des paralytiques parce qu'ils seront des prédisposés.

Mais il existe une pseudo-paralysie générale alcoolique qui simule quelquefois tous les symptômes de la maladie qui nous occupe ; on constate en pareil cas le délire des grandeurs, l'embarras de la parole, l'inégale dilatation des pupilles, le tremblement et la plupart de autres phénomènes que vous connaissez, mais la marche de la maladie est absolument différente.

Les vrais paralytiques sont condamnés à mort ; les pseudo-paralytiques d'origine alcoolique guérissent infailliblement quand ils sont privés de leur poison d'habitude. Je vous ai présenté autrefois un malade, entré il y a de longues années à Sainte-Anne, pour la première fois, avec tous les symptômes de la paralysie générale. Le diagnostic de paralysie à été formulé par Girard de Cailleux et cependant le malade a guéri. Sorti de l'asile de Sainte-Anne, il a été séquestré seize fois depuis pour le même motif et toujours il a présenté les mêmes symptômes, toujours aussi la guérison est survenue après un temps plus ou moins long.

Nous croyons donc qu'il faut établir une classe toute spéciale de maladies qui empruntent le masque et les apparences de la paralysie générale sans en avoir la réalité.

Messieurs, pour résumer en quelques mots les faits que je vous ai exposés dans cette conférence, nous dirons que les causes occasionnelles de la paralysie générale sont innombrables, et que cette maladie ne frappe guère que les prédisposés. Aussi, quand nous voyons les progrès effrayants qu'elle a réalisés depuis un demi-siècle, quand nous constatons que les pays les plus éclairés, et les capitales les plus célèbres en sont plus spécialement le siège, nous sommes tentés de dire que la paralysie générale est un tribut prélevé par les dieux jaloux sur les civilisations trop avancées et qui se sont trop écartés du calme primitif.

Du pouls géminé, comme guide dans l'administration de la digitale (1),

par M. le Dr P. Duroziez.

Dès 1850, nous avons appelé le pouls géminé *digitalique*, tant il est fréquent à la suite de l'administration de la digitale à dose trop forte pour le malade en traitement. Pour nous, l'apparition du pouls géminé est un avertissement de nous arrêter. Si le pouls de régulier devient géminé, nous n'avons rien gagné, nous eussions mieux fait de ne pas employer la digitale. Si le pouls d'irrégulier devient géminé, l'effet est suffisant : nous avons bien opéré, mais nous devons nous arrêter.

Le pouls géminé est constitué par des paires de pulsations composées d'une forte et d'une faible, la pulsation faible pouvant disparaître, mais existant encore au cœur. Il peut être régulier et constant;

(1) Communication à l'Académie des sciences.

le pouls radial bat alors la moitié du pouls cardiaque. Le pouls cardiaque est géminé, le pouls radial ne l'est plus.

Il n'est pas nécessaire que le pouls géminé soit constant pour nous servir d'avertissement ; même inconstant, il avertit encore.

Le pouls géminé pourrait conserver son titre, même trijugué, quadrijugué, quintijugué. Ce qui le caractérise, c'est la régularité dans l'irrégularité. Le pouls géminé serait seulement un type dont s'approcheraient plus ou moins les autres formes.

Le pouls géminé n'appartient pas à la digitale seule. On le rencontre dans l'asthme bronchique et on l'a produit expérimentalement sur les animaux.

On l'a appelé *bigéminé*, *alternant*, *hémisystolique*.

Le pouls géminé existe dans les veines, mais renversé ; c'est la première pulsation qui tend à disparaître.

Il est indispensable d'étudier le pouls géminé au cœur, dans les artères et dans les veines.

Le pouls géminé est un signe d'utilité pratique.

VARIÉTÉS

Juges et médecins.

Le Dr Th. David, directeur de l'école dentaire, raconte dans le *Concours médical* le procès qu'il vient de soutenir contre une de ses clientes et qu'il vient de perdre avec des considérants qui méritent d'attirer l'attention de tous nos confrères. Les magistrats ne sont généralement pas très favorables aux revendications médicales, mais ici les juges ont encore dépassé les bornes habituelles et, si ce jugement devait être souvent pris pour modèle, les médecins feraient bien de choisir rapidement une profession moins ruineuse.

Le 22 juillet 1884, une demoiselle de 50 ans se présente chez le Dr David et, se disant envoyée par le Dr Delbet, le consulte sur le mauvais état de sa bouche et sur la possibilité d'appliquer un dentier pour remédier aux troubles digestifs qu'entraînait le défaut de mastication. Médecin et malade finissent par s'entendre sur le prix du ratelier et la malade est invitée à venir le lendemain subir les opérations préliminaires.

Le 23 et le 24 juillet, M. David enlève 8 chicots mobiles et 6 ou 7 racines solides à la mâchoire inférieure ; en haut, toutes les dents manquaient. Il prend des empreintes.

Le 26 juillet, Mlle R... revient voir M. David ; elle ne souffre nullement de ses opérations, le but de sa visite est d'avoir un certificat

donnés aux malades et du résultat des enquêtes que vous auriez cru devoir ordonner à l'égard de tel ou tel malade.

» Il me paraît également indispensable d'appeler votre attention sur les mesures prises dans certains cas à l'égard des malades placés en observation dans les hospices. Je me réserve de vous adresser, s'il y a lieu, des recommandations spéciales au point de vue des conditions d'installation des cellules qui leur sont affectées ; mais dès aujourd'hui je crois devoir vous signaler un mode de procéder regrettable qui m'a été indiqué comme se pratiquant dans certains départements ! les malades seraient parfois transférés d'un hospice dans un autre avant d'être définitivement placés dans un asile spécial. Or ces changements, qui peuvent ne pas être sans inconvénients, ne présentent tout au moins aucun avantage, et vous ne devrez les tolérer que pour des raisons tout exceptionnelles.

» La question de la durée de la mise en observation est digne aussi de toute votre sollicitude. Il faut évidemment qu'elle soit suffisante pour permettre de constater l'état de celui qui est l'objet de la mesure, mais il importe, d'un autre côté, qu'elle ne se prolonge pas dès qu'une affection mentale est reconnue, afin que celui qui en est atteint reçoive sans tarder tous les soins que réclame son état et qu'il ne saurait trouver ailleurs qu'à l'asile même.

» Recevez, etc.

» *Le ministre de l'intérieur,*
A. Faillières.

Bulletin de la mortalité *du* 31 *juillet au* 6 *août* 1887.—Fièvre typhoïde 12 — Variole, 3. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 23. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 43.

Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 36. — Paralysie, 1. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 44.

Bronchite aiguë et chronique, 32. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 43.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 150.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 136. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 868. — Résultat de la semaine précédente : 866.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 96 Jeudi 18 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 17 *août* 1887.

La séance de l'Académie a été fort courte et à 3 heures et demie tout était terminé. M. le professeur Ball a cependant eu le temps de faire entendre une éloquente protestation contre les ridicules calomnies qui, dans ces derniers temps, à propos de l'affaire du baron Seillière, ont été dirigées contre quelques-uns des médecins aliénistes les plus honorables et les plus estimés. Le public médical ne s'est point trompé sur les diverses péripéties de cette affaire, mais dans ce qu'on appelle le grand public il en allait tout autrement, et, se rappelant le mot de Basile, M. le professeur Ball a cru devoir à sa position officielle de ne laisser debout aucune de ces sottes calomnies.

A. Ch.

Le méthylal.

Par le Dr Jumon.

Le méthylal est un composé intermédiaire entre l'alcool méthylique et l'acide formique. Découvert il y a près d'une cinquantaine d'années, ce corps était resté sans applications, lorsque Personali, de l'Institut pharmacologique de Turin, appela l'attention sur ses propriétés anesthésiques et hypnotiques. En soumettant à la distillation un mélange d'esprit de bois, d'acide sulfurique et de peroxyde de manganèse, on obtient un mélange de plusieurs corps dont l'un est le méthylal. Pour extraire ce dernier, on traite le mélange par la potasse caustique, il reste dans la liqueur du formiate de potasse, de l'alcool méthylique et du méthylal, qui passe à la distillation à 42°. Le liquide obtenu est incolore, limpide, très mobile, sa densité est de 0,855 ; son odeur est à peu près celle d'un mélange de chloroforme et d'éther. Il est soluble dans l'eau, l'alcool et les huiles. Il possède une saveur aromatique chaude, et, comme l'éther, il produit une sensation de froid, due à l'évaporation rapide. Enfin les réactifs oxy-

dants, comme l'acide chromique, le transforment en acide formique.

Injecté sous la peau des chiens à la dose de 0,10 ou 0,15 de leur poids, le méthylal produit une anesthésie rapide, accompagnée d'un sommeil profond avec abolition des réflexes. Mais cette substance s'éliminant rapidement, la sensibilité revient de même sans qu'on observe d'effets accessoires fâcheux. Personali, qui a observé l'augmentation légère des battements du cœur, l'abaissement de la pression sanguine et une respiration plus profonde, regarde le méthylal comme l'antidote de la strychnine, une faible quantité suffisant à arrêter les contractions tétaniques.

Plus récemment, Motrokhine a donné le résultat d'expériences faites dans le laboratoire du professeur Anrep, de Kharkow. Nous en empruntons le résumé au *Bulletin général de thérapeutique* (15 juillet).

L'inhalation des vapeurs de méthylal détermine le sommeil et une diminution simultanée de la sensibilité à la douleur. La respiration devient plus profonde, plus lente, mais conserve sa régularité. Le méthylal ne possède aucune action appréciable sur le cœur. Il diminue l'activité réflexe qui peut se supprimer pendant un temps variable, si les doses sont fortes. Les animaux à sang chaud sont plus sensibles à l'action du médicament que ceux à sang froid. Chez le lapin, l'injection de 25 p. 100 du poids de l'animal détermine un sommeil de une à deux heures de durée ; à plus hautes doses, le sommeil dure plus longtemps après avoir été précédé de troubles de coordination des mouvements. Cet animal succombe si on injecte 50 p. 100 du poids de son corps. Mais lorsqu'il revient à lui-même, les mouvements se montrent dans leur intégrité. L'injection ou l'inhalation de méthylal produisent au début une diminution de l'excitabilité des centres psycho-moteurs qui revient bientôt à la normale. L'expérimentateur a constaté que la strychnine produit des effets beaucoup moins prononcés si auparavant on administre du méthylal à l'animal ; mais les propriétés toxiques de cet agent ne permettent pas de combattre efficacement l'empoisonnement par des doses mortelles de strychnine.

Le médicament a été donné sous forme d'inhalations et à l'intérieur, mais on doit rejeter l'emploi des injections sous-cutanées trop douloureuses et irritantes. En potion, cette substance a été donnée à la dose de 1 gr. 50 dans 100 grammes de véhicule ; elle produit alors une ivresse légère et une anesthésie de la région de la tête et peut servir à calmer les douleurs gastralgiques. Enfin on a également employé le méthylal en liniment (15 gr. pour 35 gr. d'huile d'amandes douces).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducation ou de l'hérédité ? — Telle est la question que le Dr *Galippe* se propose d'élucider dans les numéros des 4 et 11 août du *Journal des connaissances médicales.* Comme de raison, notre savant confrère se base principalement sur les anomalies dentaires. Sur 64 observations d'anomalies recueillies par lui, abstraction faite des cas assez nombreux dans lesquels les anomalies étaient symétriques, il a relevé 41 anomalies à gauche et 23 à droite, et encore 3 observations portées au bénéfice du côté droit doivent être retranchées, puisqu'elles appartenaient à des gauchers. Les travaux faits en dehors de toute préoccupation de ce genre montrent de même la fréquence des anomalies gauches ; tels sont ceux de Magitot et de Gaillard. Dans l'ouvrage de Magitot (Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et chez les mammifères, Paris, 1877), le côté gauche l'emporte pour la fréquence des anomalies de forme et de direction. Dans l'ouvrage de Gaillard (Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel, Paris, 1881), il existe deux fois plus d'anomalies à gauche qu'à droite. Les canines seules feraient peut-être exception au point de vue de l'hétérotopie.

En somme, de ce qui précède il résulte que, chez les droitiers, le maxillaire gauche constitue un lieu d'élection pour les anomalies, tandis que chez les gauchers c'est le maxillaire droit qui présente cette particularité.

Les gauchers sont relativement rares, il y en a, d'après Delaunay, 1 sur 40 individus ; d'après Galippe, ils rentreraient plus ou moins dans la classe des dégénérés. Ils ont fréquemment une hérédité nerveuse lourde à porter : beaucoup d'épileptiques sont gauchers ; sur 363 aliénés, on a trouvé 4,13 0/0 de gauchers, et sur 117 aliénées, 4,27 0/0 de gauchères. D'autre part, au point de vue de la sensibilité, les Drs Amadeï et Tonini ont trouvé, sur 90 aliénés, 73 individus dont la sensibilité était meilleure à gauche qu'à droite. De plus, d'après Marro, on trouverait chez les criminels trois fois plus de gauchers que chez ceux qui n'ont commis aucun crime ni délit.

M. Galippe tire donc cette conclusion que l'on n'est pas impunément gaucher ; il n'est pas vrai que la gaucherie soit surtout due à l'habitude et à l'éducation. Il est plus sage de conclure que nous sommes droitiers par atavisme et gauchers par hérédité morbide.

A. Ch.

Le vertige nasal. — D'un travail lu au Congrès de laryngologie par le Dr Joal, du Mont-Dore, il résulte qu'il faut admettre un ver-

tige nasal, véritable *vertigo a naso læso* qui appartient au groupe de vertiges réflexes et doit prendre place à côté des vertiges gastrique, laryngé, utérin.

L'irritation des filets du trijumeau, innervant la muqueuse des cornets et celle de la cloison, est la cause du vertige et des autres névroses nasales, asthme, fièvre des foins, spasmes laryngés, [toux, névralgies, hémicranie, tuméfaction et rougeur de la peau du nez, crises épileptiques, anomalies de sécrétion. L'excitation du trijumeau se transmet par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin aux nerfs vaso-moteurs. D'où anémie circonscrite du cerveau et vertige consécutif. Les affections qui donnent lieu au vertige sont : 1° les fluxions nasales, odeurs, vapeurs irritantes, foins au moment de la floraison, tabac à priser; 2° les coryzas aigus ; 3° le catarrhe chronique, surtout dans sa forme hypertrophique; 4° les polypes muqueux, principalement ceux de petit volume; 5° le catarrhe de l'arrière-cavité nasale, et les tumeurs adénoïdes.

Le vertige nasal est provoqué de préférence par les affections offrant peu de gravité. Lasègue avait fait la même remarque pour le vertige gastrique qui accompagne ordinairement les altérations légères de l'estomac.

Le vertige se développe surtout chez les sujets arthritiques, il en est de même pour tous les réflexes nasaux, ainsi que l'auteur l'a déjà montré dans son travail sur les *Rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.*

Le vertige peut se montrer isolément ou être accompagné d'autres phénomènes nerveux : troubles de la vue, mouches volantes, hémicranie, nausées, vomissements, grande excitabilité, hypochondrie, paresse intellectuelle, cauchemars, toux spasmodique, crises dyspnéiques, sécrétions exagérées, syncopes, faiblesse du pouls, pâleur de la face.

Le vertige nasal n'a pas de caractères propres qui permettent de le différencier des autres espèces vertigineuses, le diagnostic se fait par la constatation d'une affection nasale, par la coexistence des symptômes suivants : éternuements, enchifrènement, nasonnement, gêne de la respiration nasale, sécrétion exagérée de la pituitaire, larmoiement; les causes des vertiges (odeurs, poussières, tabac attouchements de la pituitaire avec un stylet, cautérisation au galvano-cautère) rendent le diagnostic assez facile. Enfin il ne sera pas permis de douter que le vertige est d'origine nasale lorsque les accidents cesseront grâce à une intervention chirurgicale ou médicale dirigée contre la lésion du nez.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

LE PUBLIC ET LES MÉDECINS ALIÉNISTES. — M. *B. Ball.* Devant les attaques réitérées qui dans le public et dans la presse politique ont été dirigées, à propos de l'affaire du baron Seillière, contre plusieurs confrères des plus honorables et, en général, contre tous les médecins aliénistes, M. le professeur Ball croit devoir à sa situation officielle de protester dans l'enceinte de l'Académie contre de pareilles attaques qui se sont produites jusque dans le Parlement.

Cédant à une pression administrative, un médecin a cru pouvoir affirmer la guérison plus ou moins durable et autoriser la sortie de ce malade, et celui-ci, à peine dehors, recommençait la série de ses divagations dont tous les journaux ont retenti ; il a raconté avec force détails la série des tentatives d'empoisonnement et d'assassinat dont il aurait été victime dans la maison de santé, de la part des médecins et des gens de service.

Est-il possible, à notre époque, de répondre par le mépris seulement à des accusations pareilles? Ce serait bien mal connaître la société dans laquelle nous vivons. Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue et les plus vastes connaissances scientifiques ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés.

M. Ball ne sait pas si l'Académie a le droit d'entamer une discussion et d'émettre un vote sur des faits de cette nature, mais il tenait à protester vivement dans cette assemblée.

EAUX MINÉRALES. — M. *Planchon* lit, sur une série de demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à 3 heures 35.

BIBLIOGRAPHIE

I. DE LA MENTULAGRE OU MAL FRANÇAIS, par *Joseph Grünbeck*, traduction et note par le Dr *H. Corlieu.* (In-18, 82 p., Paris, G. Masson.) — II. LA PROSTITUTION A PARIS, par le Dr H. *Corlieu*, in-18, 126 p. (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.)

I. Il est toujours d'actualité, cet opuscule dont notre savant collaborateur le Dr Corlieu donne la première traduction française;

il est surtout d'actualité aujourd'hui où le remarquable rapport lu récemment par M. le professeur Fournier va probablement susciter à l'Académie une nouvelle discussion sur la syphilis et ses méfaits.

L'opuscule de Grünbeck sur la mentulagre est un des plus anciens ouvrages sur la syphilis. Il a eu deux éditions, dont l'une date des premières années du XVIe siècle. Pour la bien faire comprendre, M. Corlieu a fait précéder la traduction de quelques considérations générales sur la médecine à la fin du XVe siècle, à l'époque ou la syphilis fit son apparition en Europe. On lira avec intérêt la lutte des disciples de Galien contre les alchimistes et les astrologues.

Grünbeck ou Grünpeck est né à Burkhausen, en Bavière. Etant à Augsbourg, il trouva un petit poème de 124 vers, composé par Sébastien Brant, professeur de droit, sur la scorre pestilentielle ou mal français ; c'est alors que l'idée lui vint d'écrire lui-même ce qu'il savait de cette maladie nouvelle qu'on appelait mentagora ou scorra, plante de la nuit ; c'était en 1496. Grünbeck est donc, dans l'ordre chronologique, l'un des premiers syphiligraphes. Il composa aussi deux petits ouvrages latins ayant pour titre l'un: « Traité de la scorre pestilentielle ou mal français, contenant son origine et son traitement »; l'autre « de la Mentulagre » (maladie du membre viril). Le premier a pour base l'astrologie et considère les maladies syphilitiques comme le résultat de la conjonction des astres. Il ne mérite pas les honneurs d'une traduction. Ce n'est pas que le second soit une œuvre scientifique de grande valeur, mais il tire un grand intérêt historique de l'époque à laquelle il a été écrit.

Grünbeck commence son récit par une allégorie dont il est difficile de découvrir le sens, pour arriver à dire qu'il contracta un chancre sur le gland qui se tuméfia au point de pouvoir à peine être saisi entre les deux mains. La tumeur du gland vint à se résoudre en un grand nombre de pertuis, qui, pendant environ quatre mois, donnèrent sans interruption issue à une sanie putride. La suppuration descendit dans la verge, les testicules et les ulcéra en grande partie ; puis, à cette suppuration locale et circonscrite, succédèrent des pustules verruqueuses à la superficie de la peau, et en d'autres endroits. C'est alors qu'il se confia à un charlatan, ancien tailleur ayant mal réussi dans ses affaires, et qui, à l'aide d'un emplâtre *volé*, composé de *vif argent*, d'alun calciné, de résine de pin, de céruse, de litharge d'or et d'argent, de mastic, d'oliban et de cire vierge, dont il lui fit deux fois par jour des onctions sur tout le corps, devant un fourneau allumé, le remit à neuf dès le septième jour. C'est ici la première mention des frictions mercurielles.

Se considérant comme guéri, Grünbeck se préparait à remonter à cheval et à suivre, comme auparavant, l'empereur d'Allemagne

Maximilien, qui alors combattait en Italie contre les Français, conduits par Charles VIII ; mais bientôt il eut une récidive, sous forme de douleurs dans les jambes, qui l'empêchaient de se tenir en selle, et des tubercules presque aussi durs qu'une pierre sur le gros des cuisses. Il resta « ballotté presque pendant deux ans sur une mer de souffrances, de tubercules et d'ulcérations ». Rebuté des médecins, et même des apothicaires qui connaissent tout, dit-il, il « eut recours à des gens du vulgaire quels qu'ils fussent, vidangeurs, fossoyeurs, cordonniers, moissonneurs et sarcleurs, et leur demanda de lui enlever, à n'importe quel prix, avec l'instrument tranchant, ces tubercules, avant-coureurs de plaies nombreuses, horribles et incurables, d'évincer ce poison par des pilules, des onguents, du cérat ou d'autres remèdes », et c'est par les soins de ces « gens communs » qu'il put guérir pour la seconde fois de sa maladie et remonter à cheval, mais cette joie fut de courte durée ; bientôt en effet avait lieu une nouvelle rechute.

Cette fois Grünbeck rentre en lui-même et réfléchit aux causes de cette maladie qui après s'être complètement établie dans le foie, « cette région principale du corps humain » torture de son poison les régions voisines du cœur, des poumons, de la rate et des testicules. « Ces parties une fois envahies, elle dirige ses atroces tortures dans les régions les plus élevés, ou préside la raison, ne respecte ni les veines, ni les artères, ni les nerfs, ni les membres, ni les muscles, ni les articulations, ni les os, ni la chair, jusqu'à ce qu'elle ait soumis l'être tout entier à son joug intolérable ».

Après cette description, rapide mais complète de la syphilis viscérale, l'auteur fait allusion aux céphalées nocturnes très persistantes, aux arthropathies, aux hyperostoses des extrémités articulaires, aux gommes et aux ulcérations qui leur font suite. Ces maux deviennent trop compliqués pour la science « des bouffons, des vitriers, des pelletiers, des serruriers, des tailleurs et autre gens de basse condition » ; aussi cette fois Grünbeck trouve-t-il que ces larrons, ces bourreaux de la vie humaine devraient être châtiés par le glaive, par la croix et par le bûcher.

Se basant sur son intelligence et sur son expérience, Grünbeck cherche et énumère à son tour les moyens qu'il juge utiles contre cette maladie et d'abord il indique le traitement prophylactique : fortifier le voisinage des parties génitales, puisque la maladie affecte surtout la mentula (membre viril), ouvrir fréquemment les veines du pied droit. Quant au traitement curatif consistant en boissons, bois, pilules, en onctions et en lotions, nous n'en reproduirons pas les formules qui tiennent chacune près d'une page. Grünbeck termine d'ailleurs en recommandant « la médecine céleste, la plus utile, la plus salutaire,

la plus efficace que l'humanité ait trouvée ». Ce n'est malheureusement pas la plus commode à mettre en pratique.

Ce petit livre, enrichi de notes nombreuses, plaira aux gourmets et aux érudits qui d'ailleurs trouvent toujours tant à prendre dans les publications de Corlieu.

II. Le second ouvrage du Dr Corlieu est intitulé : De la prostitution à Paris. Nul médecin n'était mieux placé pour écrire un ouvrage de ce genre : en effet, pendant onze années, M. Corlieu a été chargé de la statistique au dispensaire de salubrité de la ville de Paris ; il pouvait donc écrire ces pages d'après des notes authentiques aussi nombreuses et aussi variées qu'on put les désirer.

Cette question de la prostitution a été traitée à divers points de vue par des littérateurs, des moralistes, des administrateurs et des médecins. C'est uniquement en médecin que M. Corlieu veut la traiter à son tour. Il ne s'amuse pas à rechercher comment et pourquoi tombent les filles ; le fait est que la prostitution existe et qu'il est impossible de l'empêcher. C'est un mal qu'on ne peut détruire, au moins faut-il le réglementer. M. Corlieu, d'ailleurs, pose dès le début de son livre des conclusions. De l'étude qu'il a faite de la prostitution et de la syphilis, il résulte pour lui : que les filles publiques sont de véritables foyers d'infection syphilitique ; que les filles insoumises sont à tous égards plus dangereuses que celles qui sont obligatoirement soumises aux visites médicales ; que ces visites ne sont pas assez fréquentes ni assez complètes, et que ce n'est que par une surveillance plus active qu'on arrivera à diminuer la fréquence et la gravité de la syphilis.

La prostitution, les prostituées, la liberté et la réglementation, la statistique de la prostitution et surtout le dispensaire de salubrité, que M. Corlieu connaît mieux que personne, tels sont les titres des chapitres de cet ouvrage ; M. Corlieu expose en dernier lieu les réformes qu'il croit urgentes, et elles sont nombreuses.

Pour arracher les médecins à l'arbitraire administratif en général, M. Corlieu ne voit de salut que dans la création d'une direction de la santé publique, concentrant des divisions : 1° d'assistance médicale ; 2° de service sanitaire intérieur et extérieur ; 3° d'hygiène publique ; 4° de démographie et de statistique. C'est d'ailleurs la proposition faite il y a déjà quelques années par notre ami A.-J. Martin à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et qui fait peu à peu son chemin.

Il y a bien des desiderata dans le service du dispensaire de salubrité, M. Corlieu formule les principaux :

1° Les visites hebdomadaires dans les maisons sont insuffisantes, eu égard à la durée d'évolution du chancre.

2° L'examen au spéculum ne devrait pas être pratiqué tous les quinze jours seulement, il devrait l'être à toutes les visites.

3° Les visites des filles isolées qui se font tous les quinze jours sont également insuffisantes.

4° Création d'un hôpital spécial, indépendant de la prison de Saint-Lazare, mais dépendant de la préfecture, pour le traitement des malades du dispensaire de salubrité.

5° Obligation pour les syphilitiques sorties de Saint-Lazare de se présenter tous les cinq ou six jours au dispensaire pour y subir une nouvelle visite sanitaire complète, jusqu'à disparition absolue de toute manifestation syphilitique.

6° La nomination des médecins devrait être enlevée au choix du préfet, personnage tout à fait incompétent pour juger l'aptitude des médecins. M. Corlieu préférerait la nomination sur titres d'après une liste de trois candidats jugés par une commission prise parmi les médecins du dispensaire.

7° Les médecins du dispensaire ne devraient relever ni d'un chef de division, ni même du préfet. Ils ne relèveraient que du médecin en chef seul.

8° Suppression des visites à la préfecture après quatre heures du soir et retour à l'ancien système.

9° Abolition du service hebdomadaire gratuit et du stage des adjoints, qui est une exploitation indigne du corps médical.

10° Élaboration d'un nouveau règlement du service médical intérieur, non par une administration incompétente, mais par les médecins du dispensaire eux-mêmes, réunis en conseil sous la présidence du médecin en chef.

11° Affichage dans les chambres des filles de maison d'un règlement de police sanitaire élaboré par les médecins du dispensaire.

12° Rendre la police des filles soumises moins rigoureuse, et celle des insoumises plus sévère.

On trouvera d'ailleurs appuyées, et de la façon la plus séduisante, toutes ces propositions dans l'agréable petit livre du Dr Corlieu.

A. Chevallereau.

VARIÉTÉS

On demande un médecin conservateur.

Une perle recueillie dans les petites annonces du *Journal de médecine de Paris*.

« A céder clientèle de 6.000 francs environ pour cause de santé. On est seul médecin du parti conservateur dans un canton de

10.000 habitants. Avenir politique. Deux chemins de fer. Avantages de chasse dans de superbes forêts peuplées de sangliers et de chevreuils. S'adresser au bureau du journal ».

Il faut vraiment avoir perdu toute foi dans le trône et dans l'autel pour refuser une situation pareille. 6.000 francs par an et on aura seul l'honneur de soigner les conservateurs de tout un canton de 10.000 habitants. On a un avenir politique, on recevra sans doute par contrat le mandat de conseiller général avec promesse d'arriver à la députation tout au moins. Puis ces sangliers et ces chevreuils qui, dans de superbes forêts, viendront distraire notre heureux confrère des fatigues de sa vaste clientèle ! On s'étonne vraiment que notre confrère Lutaud soit obligé de reproduire plusieurs fois cette alléchante annonce dans son journal, et que les candidats ne se soient pas encore précipités en foule dans ses bureaux. Mais voilà, ce parti qui n'a plus un seul médecin dans un canton de 10.000 habitants, n'est peut-être ni bien nombreux, ni bien généreux; d'ailleurs le pauvre médecin qui était là succombe sans doute à la peine, puisqu'il s'en va pour raison de santé. Si l'avenir politique qui s'ouvrait devant lui, si les chevreuils eux-mêmes ne peuvent le retenir, son successeur n'y trouverait sans doute pas beaucoup plus d'avantages et au risque de laisser tout le parti conservateur dans la peine, nos jeunes confrères hésiteront à aller, pour 6.000 francs, vivre avec tant de sangliers.

A. Ch.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec un pénible sentiment de regret la mort d'un excellent et très loyal confrère, le Dr Henri Legendre, ancien interne des hôpitaux de Paris, rue Saint-Denis, 56, décédé hier matin mardi, des suites d'une pneumonie, à l'âge de 36 ans. D'un caractère très aimable et très enjoué, très instruit et très dévoué pour ses malades, Henri Legendre était appelé à une haute situation médicale, et c'est surtout le surmenage occasionné par une clientèle déjà nombreuse qui a emporté en quelques jours ce charmant et excellent collègue, vivement regretté de tous ceux qui l'ont connu.

A. Ch.

NOUVELLES

Le choléra. — Conformément à l'avis émis par le Comité de direction des services d'hygiène au ministère du commerce, les mesures prescrites par la décision du 8 juillet pour les provenances de Sicile (c'est-à-dire, observation de trois jours dans les ports de la Méditerranée et

visite médicale dans les ports de l'Océan et de la Manche) sont appliquées à partir d'aujourd'hui dans les ports français aux provenances de Malte.

— L'épidémie existe toujours à Catane, Rocculla, Paterno et Palerme. On ne permet à aucun navire de sortir de ces ports sans avoir reçu une visite médicale.

LE CHOLÉRA DANS L'INDE. — Les statistiques médicales relatives aux provinces du Nord et de l'Ouest constatent que pour les mois de juin et juillet le nombre des décès, par suite du choléra, a été de 70,000, soit 1 0/0 de la population.

L'ASILE D'ARMENTIÈRES. — Sous le titre : « Les scandales de l'asile d'Armentières », on lit dans le *Progrès du Nord :*

Depuis un certain temps des accusations graves étaient portées contre le directeur et le médecin de l'asile d'Armentières.

Le gouvernement, s'étant ému de ces réclamations, a envoyé à Armentières M. Napias, inspecteur général des services administratifs, pour procéder à une minutieuse enquête qui a porté sur quatre points principaux.

D'un rapport adressé au ministère de l'intérieur il résulte : 1° que les douches sont constamment employées comme mesure de punition, contrairement à l'avis donné depuis trois ans par l'inspecteur principal; 2° l'alimentation des malades est insuffisante et malsaine; 3° des malades ont été après guérison maintenus illégalement dans l'asile; 4° enfin — fait plus grave et dont nous avons déjà parlé il y a quelques mois — des gardiens ont odieusement abusé des pensionnaires.

A la suite de ce rapport, le ministère de l'intérieur a pris les mesures suivantes :

M. le docteur Ouriez, interne à l'asile d'Armentières, est révoqué.

M. Lebel, interne, est révoqué.

M. le directeur est invité :

1° A redoubler de vigilance; 2° à renoncer d'une manière absolue à l'usage des douches de punition; 3° à ne conserver aucun malade après guérison, pour quelque cause que ce soit.

Enfin, une information judiciaire est ouverte sur les faits d'immoralité reprochés à quatre gardiens, dont deux chassés de l'établissement depuis trois ans.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ENFANTS DE 1er AGE. — M. le ministre des postes et télégraphes a concédé la franchise postale à la correspondance échangée par les médecins inspecteurs du service de la protection du 1er âge avec les maires des communes composant leur circonscription, avec le sous-préfet de leur arrondissement et le préfet du département.

Cette franchise est uniquement réservée à la correspondance relative au service de la protection.

AMBULANCES URBAINES. — La question des ambulances urbaines entre dans le domaine de la pratique.

Le docteur Leroy de Méricourt vient d'être délégué par le comité de l'œuvre pour s'entendre avec le directeur de l'Assistance publique, au sujet de l'installation définitive des ambulances à l'hôpital Saint-Louis.

Les travaux sont déjà commencés, et l'inauguration aura lieu très prochainement.

Les médecins et les sociétés d'assurances sur la vie. — La Société médicale de Reims, dans sa séance du 6 juillet 1887,

S'associant d'une part aux conclusions adoptées par la Société de médecine légale de Paris et par l'Association des médecins de France,

S'appuyant d'autre part sur une décision conforme rendue par le Tribunal de Rouen dans un jugement confirmé par la Cour d'Appel de Paris,

A l'honneur de porter à la connaissance de tous ses membres, la proposition suivante acceptée à l'unanimité dans ladite séance :

« A l'époque du décès de son client, le médecin traitant ne devra, à aucun titre, délivrer aux Compagnies d'assurances de certificat constatant le genre de maladie auquel a succombé l'assuré. »

Fête offerte a M. Vogt. — M. le professeur K. Vogt vient d'entrer dans sa 70e année, et il y a 40 ans qu'il a été appelé au professorat. Ses collègues de l'Université de Genève et MM. les étudiants des différentes Facultés n'ont pas voulu laisser passer cet anniversaire sans lui laisser un souvenir de leur sympathie, de leur admiration et de leur reconnaissance. Le 6 juillet, l'Aula ouvrait ses portes au corps des professeurs, aux étudiants et aux amis de notre illustre compatriote. M. Pronier, au nom des étudiants, M. le recteur V. Vaucher, au nom de ses collègues, et M. le conseiller d'État, M. Carteret, ont pris successivement la parole. Une garniture de cheminée sortie de l'école des Arts industriels a été offerte à M. Vogt par les étudiants, un album contenant les photographies des professeurs actuels, et de quelques-uns de ceux que la Faculté a eu la douleur de perdre, lui a été remis au nom des professeurs. M. le professeur Vogt a prononcé alors un de ces discours dont il a le secret; la première partie de la fête était terminée. Le soir elle a continué par un joyeux commers où se trouvaient de nouveau réunis professeurs et étudiants; de nombreux toasts ont été portés (*Revue médicale de la Suisse romande*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies épidémiques (hygiène et prévention), tel est le titre d'un nouveau volume de la *Bibliothèque utile*. L'auteur, notre confrère, le Dr E. Monin, s'est appliqué (avec son grand sens de vulgarisation) à faire connaître aux gens du monde les préceptes de l'hygiène publique et privée les plus capables de les préserver contre la fièvre typhoïde, le choléra, les fièvres éruptives, la diphtérie, la phtisie, la rage, etc., etc.

Nous prédisons à cet excellent manuel, mis à la portée de tous, le succès le plus mérité.

Tome 97 de la collection; Félix Alcan, éditeur; prix : 0,60 broché cartonné 1 franc.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 97 Samedi 20 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

L'acétonurie chez les enfants.

Les recherches de Jaksch, de Penzoldt et d'autres auteurs nous ont appris que l'acétonurie n'est pas un symptôme exclusivement lié à certains états graves qui surviennent dans le cours du diabète. On l'a observée dans les affections les plus diverses, pourrait-on dire, et Baginski l'a étudiée tout particulièrement chez les enfants. Or il paraît exister chez ces derniers une acétonurie physiologique qui *n'est* d'ailleurs ni constante ni intense.

L'acétonurie pathologique est commune chez les enfants dans toutes les affections fébriles ; la présence de l'acétone dans l'urine paraît être liée à l'intensité de la fièvre, car on la voit diminuer considérablement dès le début de la défervescence dans la pneumonie. Il ne faudrait cependant pas croire que l'acétonurie est constante dans toutes les maladies fébriles.

Quelle est la source de l'acétone dans l'organisme ? On a pensé qu'en raison de sa composition, ce corps devait avoir quelque rapport dans sa production avec les hydrates de carbone de l'alimentation. Mais Baginski, qui a tenté quelques expériences à ce sujet, a observé l'acétonurie chez le chien surtout avec une alimentation exclusivement animale, tandis que l'acétone disparaissait de l'urine de l'animal avec un régime hydrocarboné. Il semblerait donc que le corps en question prend naissance surtout par la décomposition des matières azotées, et bien que la question ne soit pas résolue, c'est dans ce sens que Baginsky en admettrait la solution. Il a observé ainsi un cas d'acétonurie remarquable par son intensité chez un enfant de 4 ans qui avait absorbé de l'acide azotique assez dilué pour ne pas entraîner la mort. Aussitôt il y eut des symptômes fort graves d'intoxication, perte de connaissance, délire, grincement des dents, pouls petit. L'urine dépourvue d'éléments figurés renfermait de l'albumine et une grande quantité d'acétone. Cette acétonurie ne

pouvait être attribuée à la fièvre, car la température ne dépassa pas 38°,2 mais certainement il existait une désintégration considérable des matériaux azotés.

On a affirmé que l'acétonurie peut provoquer des accès éclamptiques chez les enfants. En fait, il est nombre d'enfants qui, atteints de convulsions graves au milieu de symptômes gastriques, rendent une urine fortement chargée d'acétone ; ce symptôme disparaît sitôt que cessent les convulsions. On pouvait penser que certains médicaments employés dans les crises éclamptiques chez les enfants, comme le chloral, donnent peut-être naissance à l'acétone, mais outre que la distillation de l'acide urochloralique ne donne pas lieu à une production d'acétone, les recherches de Baginski ont été absolument négatives à cet égard. On ne peut non plus incriminer la dyspnée qu'on observe dans ces états éclamptiques; des animaux rendus dyspnéiques voire même intoxiqués par l'oxyde de carbone rendent des urines dépourvues d'acétone, et le fait est d'autant plus frappant que Frankel a démontré que l'intoxication par l'oxyde de carbone produit une décomposition très active des albuminoïdes.

L'acétone prendrait-elle naissance dans les organes digestifs dont les fonctions sont troublées? On retrouve cette opinion au début de l'histoire de l'acétonurie, et Jaksch admet que ce corps se forme dans la fermentation de l'acide lactique. Mais ni l'examen chimique des matières stomacales retirées par des lavages, ni l'examen des matières diarrhéiques n'ont pu montrer des quantités réellement appréciables d'acétone. Si donc on admet que l'acétone prend naissance pendant la destruction des albuminoïdes, on ignore encore quelles sont ses véritables sources.

Au point de vue pratique, on se demande si l'acétone est réellement capable de provoquer des accès éclamptiques. Mais les expériences de Baginsky sont contraires à cette manière de voir, et un jeune chien auquel il avait administré de fortes doses d'acétone et pendant longtemps n'offrait aucun symptôme nerveux; cette expérience a donné l'occasion de montrer que l'acétone ne peut engendrer une néphrite.

En résumé l'acétonurie à un faible degré peut exister à l'état normal chez les enfants, mais elle est en général liée à un état fébrile et elle augmente avec l'intensité de la fièvre. Comme l'apprennent les expériences et les observations cliniques, l'acétonurie augmente avec un régime carné et disparaît avec un régime dépourvu d'azote. L'acétonurie très intense obsérvée dans le cours des maladies convulsives chez les enfants ne peut être attribuée ni à l'administration du chloral, ni à l'asphyxie; d'ailleurs l'acétone ne peut être regardée comme la cause des convulsions, ce qui serait

contraire à l'expérimentation et à l'observation clinique, puisqu'il existe certaines maladies convulsives de l'enfance sans acétonurie.

L. Jumon.

Nouveaux documents sur les relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire. — De la quantité de chaleur produite par les muscles qui fonctionnent utilement dans les conditions physiologiques de l'état normal.

Par MM. A. Chauveau et Kaufmann (1).

Pour terminer la série de mes déterminations préparatoires sur le travail mécanique du tissu musculaire, d'après les faits fournis par l'étude expérimentale du muscle *releveur propre de la lèvre supérieure du cheval*, j'avais à mesurer la quantité de chaleur et de travail mécanique que ce muscle est capable de produire pendant son fonctionnement physiologique régulier. Les difficultés d'une pareille étude sont considérables. Je crois les avoir surmontées, en introduisant dans cette étude des méthodes et des procédés nouveaux que je vais faire connaître.

« *Détermination de la quantité de chaleur produite par le muscle pendant le travail.* — La méthode employée pour cette détermination peut être désignée sous le nom de *méthode autocalorimétrique*. Elle repose sur l'un des faits importants mis en lumière dans une autre partie de ces études : je veux parler de la connaissance exacte de la quantité de sang qui traverse le muscle releveur de la lèvre, dans un temps donné, pendant le travail. C'est cet organe lui-même, avec son système vasculaire, qui sert de calorimètre, une sorte d'autocalorimètre à circulation de liquide.

« Comment le coefficient de l'irrigation sanguine peut-il être utilisé pour la détermination de la quantité de chaleur engendrée dans le muscle au moment du travail? Il est facile de le comprendre.

« On sait que la chaleur incessamment créée dans la trame intime des tissus animaux ne s'y accumule pas. La température s'élève bien un peu dans les muscles qui travaillent. Ceci n'empêche pas qu'en ce cas, comme dans celui des organes au repos, la chaleur se disperse par l'évaporation et le rayonnement superficiels, mais surtout par l'effet de l'irrigation sanguine. C'est le sang, en effet, qui

(1) Communication (résumée) à l'Académie des sciences.

se charge de la plus grande partie de la chaleur engendrée dans le sein des organes; c'est ce fluide qui l'emporte incessamment hors de ces organes, pour l'amener au poumon, où la chaleur excédante est cédée au monde extérieur, principalement sous forme de calorique de vaporisation.

Supposons maintenant qu'on supprime toute perte de chaleur par l'évaporation et le rayonnement cutanés, la chaleur créée par le mouvement nutritif sera tout entière cédée au sang. La quantité de celui-ci étant ou pouvant être exactement connue, il suffit de déterminer la valeur de l'échauffement qu'il subit, en même temps que le muscle, pour être en possession de tous les éléments nécessaires à la mesure de la quantité de chaleur produite par le mouvement nutritif.

Disons tout de suite que, dans le cas particulier du muscle releveur de la lèvre, la recherche directe de la température du sang est impossible. Pour mesurer son échauffement pendant le travail, il faut avoir recours à un procédé indirect, mais qui n'en est pas moins exact. C'est la température du muscle lui-même que l'on prend. Cette température doit être considérée comme étant égale à celle du sang qui sort de l'organe, au moins dans les conditions expérimentales réalisées dans mes recherches et dont il va être question tout à l'heure. Il faut considérer, en effet, que le muscle et son système de vaisseaux capillaires forment comme un foyer de chaleur, dans lequel se trouvent noyés une myriade de canalicules du diamètre le plus fin et à parois excessivement minces, siège d'une circulation plus ou moins lente de liquide qui ne peut faire autrement que de se mettre en parfait équilibre de température avec le foyer.

Pour mesurer la température, j'ai eu recours au double couple thermo-électrique, en forme d'aiguilles aussi fines que possible. Les deux aiguilles sont implantées, bien symétriquement, l'une dans le muscle gauche, l'autre dans le muscle droit. Il est extrêmement important de les fixer solidement à la peau, avec des points de suture pour empêcher ou tout au moins pour restreindre considérablement les déplacements qui ne manquent pas de se produire quand les muscles se contractent et qui sont une grave cause d'erreur.

Si les deux aiguilles sont bien placées, l'échelle du galvanomètre reste à peu près exactement au zéro, quand les deux muscles sont au repos, ou bien oscillent légèrement autour du zéro si l'on fait manger l'animal pour mettre les muscles en action.

L'énervation d'un des muscles (par section de la branche nasolabiale du nerf facial) ne modifie pas sensiblement la température respective des deux muscles pendant l'état de repos. Mais, pendant que l'animal mange, c'est tout autre chose. Le muscle qui fonctionne devient plus chaud que le muscle paralysé, parce que le premier seul

est le siège du surcroît d'actions chimiques accompagnant la contraction musculaire.

Cette paralysie par énervation d'un des muscles fournit donc un excellent moyen d'obtenir une base exacte pour la détermination de l'élévation de température produite par la mise en travail de l'autre muscle. L'une des soudures étant influencée exclusivement par la température de l'état de repos, l'autre par celle de l'état d'activité, la différence représente nécessairement l'échauffement que cet état d'activité détermine dans le tissu musculaire et dans le sang qui le traverse.

Il n'y a pas à douter qu'il en soit ainsi, à une condition cependant, c'est qu'on aura pris soin d'empêcher le refroidissement cutané, en emmaillotant dans du coton la face de l'animal. C'est facile. Bien appliqué et suffisamment épais, le blindage de coton s'oppose au rayonnement et à l'évaporation, d'une manière assez efficace pour maintenir la surface de la peau à la même température à peu près que les parties profondes.

En procédant de cette manière, on obtient des résultats fort satisfaisants. Comme il s'agit d'une expérience très simple, facile à répéter, ces résultats pourront être aisément et fréquemment contrôlés. Voici comment il faut faire cette expérience pour en tirer tous les enseignements utiles à la détermination de l'équivalence calorique du travail.

Tout est préparé, comme il vient d'être dit : énervation et paralysie d'un des muscles, adaptation symétrique et fixation des deux aiguilles thermo-électriques, emmaillotement de la face. Si tout a été disposé convenablement, l'échelle de la graduation du galvanomètre reste à peu près fixe aux environs de zéro. On fait manger l'animal. Aussitôt, l'échelle se dévie en décrivant des oscillations, à droite ou à gauche du zéro, suivant la soudure qui est placée dans le muscle qui travaille. Le miroir ne tarde pas à prendre une position moyenne, toujours un peu oscillante néanmoins. On note la déviation : elle sera de 20, 30, 40, 50, etc. divisions, suivant la sensibilité du galvanomètre. La traduction en indications centigrades donne la mesure de l'élévation de température qu'éprouvent le muscle et le sang qui traverse celui-ci au moment de la contraction. En multipliant cette élévation de température par le poids du muscle et du sang qui traverse celui-ci dans un temps donné, par exemple dix minutes au minimum (ces éléments peuvent être déterminés directement après constatation des températures), on obtient, avec une approximation très suffisante, la quantité de chaleur libre ou non utilisée engendrée par le fonctionnement musculaire.

Comment déterminer celle qui est absorbée par le travail méca-

nique accompagnant la contraction ? C'est facile, en utilisant le fait démontré précédemment (*Comptes rendus*, t. CIV, p. 1763, séance du 20 juin) que le muscle, empêché de faire son travail mécanique par la section de son tendon, continue de se contracter, *à vide*, avec la même régularité et la même énergie, en produisant à peu près le même surcroît de débit du sang et de travail chimique. On sait même déjà (*loc. cit.*, p. 1768) que l'élévation de température dans le muscle est plus forte quand son fonctionnement est *stérile* que lorsqu'il travaille *utilement*. Donc, pour déterminer l'équivalence calorique du travail du muscle releveur de la lèvre, il suffit de mesurer comparativement l'élévation de la température qu'il subit, pendant que l'animal mange, avant et après la section du tendon de ce muscle.

Dans ce dernier cas, c'est-à-dire après la ténotomie, l'observation du galvanomètre est plus difficile, parce que les oscillations du miroir autour de sa position moyenne ont plus d'étendue, ce qui tient, en partie, aux déplacements considérables qu'éprouve le corps charnu du muscle, quand il agit sans être réfréné par aucune résistance. On peut toutefois arriver toujours à faire de bonnes lectures, qui apprennent que la surélévation de température imprimée au muscle, agissant dans ces conditions particulières, existe dans tous les cas, mais qu'elle est faible ; elle l'emporte de fort peu sur celle du muscle qui travaille.

Il est facile de répéter plusieurs fois cette constatation chez le même sujet, en employant un petit artifice. Sur le tendon sectionné, on peut, en effet, lier les deux bouts de manière à faire récupérer au muscle son aptitude à produire du travail. On voit alors reparaître très rapidement les caractères thermiques constatés avant la ténotomie. Ils sont remplacés non moins rapidement par ceux du muscle se contractant à vide, si l'on coupe la ligature qui réunit les deux bouts du tendon. Ces alternatives peuvent être reproduites aussi souvent qu'on veut.

Je vais donner ici les résultats de la dernière expérience que j'ai faite, en suivant exactement les indications précédentes :

Muscle gauche paralysé.

Le muscle droit a pris, en moyenne, au moment où l'animal mangeait un repas d'avoine, un excès de température de 0°, 42 sur le muscle restant au repos. Quand le tendon a été mis dans l'impossibilité de transmettre à la lèvre l'action du muscle, la température a monté, en moyenne, dans une première série d'observations, à 0°, 51 ; dans une seconde série, beaucoup plus longue, à 0°, 47. En somme, j'estime que la surélévation moyenne de température au moment de la contraction à vide était plus souvent 5/100 que 9/100 de degré. Aussi peut-on dire qu'en général le muscle qui se contracte à vide

s'échauffe de 6/100 de degré plus que le muscle qui fonctionne en produisant son travail mécanique normal.

En résumé, l'échauffement total du muscle, quand il fonctionnait d'une manière stérile, était de 0°, 47.

L'échauffement de ce muscle pendant la production du travail était de 0°, 42.

Donc la chaleur absorbée par le travail était représentée par un abaissement de température de 0°, 05.

Pour savoir ce que ces chiffres représentent en quantité de chaleur, c'est-à-dire en fractions de calorie, il faut les multiplier par la masse échauffée (muscle et sang).

En somme, ces déterminations prouvent une fois de plus qu'il se crée beaucoup de chaleur au moment où le muscle est en fonction, mais que le travail n'en absorbe qu'une petite quantité. La multiplication des expériences permettra de déterminer avec précision cette quantité de chaleur absorbée par le travail normal; d'après les évacuations actuelles, elle n'est pas inférieure au dixième de la quantité totale et oscille le plus souvent entre la septième et la huitième partie de cette quantité totale, le coefficient de celle-ci étant 0^{cal}, 000323 et celui de la chaleur transformée en travail le plus généralement 0^{cal},000041 à 0^{cal}, 000034. »

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

Valeur thérapeutique de l'antifébrine, par *A. Matusofsky*. — Action de l'antifébrine, par J. *Kovacs*. — Etude pharmacodynamique de l'antifébbine, par *Bokai*.(*Pester med.chir. Presse*, 23-28,87) — L'antifébrine, sous le rapport de son action antipyrétique, se rattache à la série constituée par le salicylate de soude, l'antipyrine, la thalline, et se recommande dans tous les cas où l'on emploie ces médicaments. Son action antithermique est cependant plus énergique en ce sens qu'on produit l'effet désiré à plus faibles doses. Sous ce rapport, l'antifébrine se rapproche de la thalline, qui agit à des doses plus faibles que le salicylate et l'antipyrine. Si elle agit rapidement, elle ne peut être comparée à la quinine sous le rapport de la durée des effets, cependant elle est supérieure à l'antipyrine et au salicylate, car l'élévation de la température se poursuit d'une façon graduelle, et les frissons qui préludent au retour de la fièvre sont rares.

L'antifébrine donne rarement lieu à des phénomènes accessoires désagréables, qui ne prennent d'ailleurs jamais un caractère mena-

çant. Elle n'a pas d'action toxique directe sur le cœur, c'est pourquoi l'auteur croit qu'on peut la prescrire aux malades atteints d'affection cardiaque, alors que l'antipyrine et la thalline sont contre-indiquées. Toutes ces conditions font de l'antifébrine un antipyrétique d'une valeur réelle.

Kovacs a constaté également les avantages attribués à l'antifébrine. Se séparant en cela de Krieger, il conseille, d'après ses expériences, d'administrer le médicament à petites doses et par intervalles également espacés, car l'administration de hautes doses d'emblée produit ce fâcheux résultat de faire baisser la température au-dessous de la normale, après quoi la fièvre revient rapidement précédée d'un frisson. Les doses les plus convenables seraient de 25 centigr. toutes les heures, l'action se faisant sentir dans la deuxième heure; on peut ensuite régler l'emploi suivant les effets, et si on diminue progressivement les doses, la température remonte lentement et graduellement sans frisson.

Kovacs a observé la diminution du nombre des pulsations, mais n'a pas constaté l'élévation de la pression sanguine signalée par Cahn et Hepp, et par Krieger. Enfin, l'antifébrine ne possède aucune action nocive sur la muqueuse gastro-intestinale, et ne provoque ni nausées, ni douleurs stomacales, ni diarrhée. On n'observe pas non plus de bruissements d'oreille, ni de céphalalgie. Suivant l'auteur, la cyanose et le collapsus ne surviennent que dans un cas, lorsque des doses exagérées, administrées en une seule fois, ont produit un abaissement de la température brusque et considérable, et encore ce résultat est-il rarement observé. Il est plus commun de voir survenir des sueurs de durée et d'abondance variables.

D'après Bokai, la cyanose que l'on produit chez les animaux intoxiqués par l'antifébrine est la conséquence de la paralysie des extrémités nerveuses des muscles de la respiration et vraisemblablement aussi de l'action de l'antifébrine sur le centre respiratoire du bulbe. Elle ne peut être le résultat de la formation de la métahémoglobine que l'on ne retrouve pas dans le sang. Quant à la cyanose chez l'homme, elle peut être produite par la contraction des vaisseaux cutanés.

L'antifébrine paraît intéresser les éléments sensitifs de la moelle qu'elle paralyse. Les animaux intoxiqués peuvent marcher, mais les réflexes sont abolis.

Bokai croit que ce médicament agit en diminuant la production de chaleur ; à doses toxiques, il se produit en outre une radiation de calorique qui dépend de la paralysie des vaisseaux. L'antifébrine paralyse les extrémités des nerfs moteurs et ralentit ainsi la production de calorique. Cette action parésiante se traduit d'ailleurs par

une sensation de fatigue et d'épuisement. Une autre preuve de la diminution des combustions est donnée par l'abaissement du chiffre de l'azote de l'urine.

L. Jonson.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

Séance du 27 juin 1887. — Président M. Reuss.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. *Depasse* expose à la Société que, cité à comparaître comme témoin dans une affaire dont il avait eu connaissance dans l'exercice de sa profession, il avait purement et simplement renvoyé la citation, et s'était vu pour ce fait condamné à 100 francs d'amende.

M. *Foucart* répond à M. Depasse qu'il aurait dû se rendre tout d'abord à l'appel du tribunal et refuser ensuite de répondre en se retranchant derrière le secret professionnel.

MM. *Machelard* et *Lebec* sont du même avis.

M. *Pruvost* présente quelques considérations sur le dispensaire de la rue Jacob, n° 42, fondé par l'association des Dames françaises. Six médecins sont actuellement attachés à ce dispensaire qui devient une véritable école pratique pour les garde-malades auxquelles, après cinq ou six mois de leçons, on fait subir un examen de fin de cours. Cette société est reconnue d'utilité publique, et serait militarisée en cas de guerre.

M. *Lebec* communique l'observation d'une jeune fille de 17 ans, atteinte, il y a six ou sept mois, d'hématocèle rétro-utérine, et qui présente à l'heure qu'il est un abcès s'ouvrant dans le vagin par une petite perforation. Le col utérin est fendu en travers; dans le cul-de-sac supérieur droit, qui bourgeonne, apparaît un petit orifice où l'hystéromètre pénètre dans une profondeur de 2 centimètres environ; là se trouve une poche suppurée entre le rectum et le vagin, vers la fosse ischio-rectale. Il sort environ deux ou trois cuillerées de pus infect, puis, à la fin, on perçoit un petit bouillonnement gazeux, sans qu'il y ait cependant de communication avec le rectum, car il n'est jamais sorti de matière fécale par l'orifice de l'abcès. Il est probable qu'il s'agit d'une hématocèle suppurée.

Que faire ? Jusqu'à présent les lavages avec la sonde n'ont pas donné de résultats. Faut-il avoir recours à la laparotomie sous-péritonéale comme Pozzi l'a fait ? Mais c'est là une opération grave.

M. *Pruvost* demande s'il ne serait pas utile de se servir pour les

injections détersives d'une sonde en caoutchouc rouge dont la pénétration se ferait plus facilement.

M. *Lebec* dit qu'il a tout essayé en fait de sonde et, malgré cela, il n'a jamais pu pénétrer au-delà de deux centimètres. Il a fait des injections au sublimé ; mais il tient pour certain que le liquide ne pénètre pas dans la totalité de la cavité.

L'état général de la malade est d'ailleurs très bon.

M. *Machelard* est d'avis que si rien n'indique la nécessité pressante d'une intervention, il y a intérêt à temporiser.

M. *Pruvost* serait d'avis d'essayer une injection de sulfate de quinine et de glycérine, ce médicament lui ayant donné de bons résultats dans un cas d'adénite cervicale suppurée.

M. *Lebec* ajoute que, chez sa malade, la menstruation se fait régulièrement ; que d'ailleurs on ne sent aucun empâtement ni par le palper, ni par le toucher rectal.

M. *Lebec* a fait des recherches sur les modifications des parois d'abcès froids traités par les injections d'éther iodoformé. Au bout de vingt-quatre heures la paroi interne tuberculeuse est ramollie et forme un magma crémeux, brunâtre, détaché de la paroi externe dans lequel on reconnait des paillettes d'iodoforme ; au bout de huit jours cette membrane interne est réduite en bouillie ce qui en rend le grattage facile ; en sorte que dans les cas où on se détermine à faire le grattage d'un abcès froid, on ferait peut-être bien de le faire précéder d'une injection d'éther iodoformé.

Dans les abcès froids en bouton de chemise, l'injection d'éther iodoformé est insuffisante si elle ne pénètre pas dans toute la poche ; ces injections n'ont chance de réussite que lorsque la cavité tout entière a été touchée par la solution,

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr VEILLEAU.

NÉCROLOGIE

Le docteur Jean CASTEL, aide-major au 5e cuirassiers, attaché à l'hôpital de Lang-Son (Tonkin) vient de succomber dans cette ville, en quarante-huit heures, à une attaque de choléra, à l'âge de 25 ans.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 14 août 1887, M. le docteur Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Comité consultatif d'hygiène. — Par arrêtés ministériels, en date du 10 août 1887, M. le docteur Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auditeur près le comité d'hygiène, a été nommé membre dudit comité en remplacement de M le docteur Liouville, décédé.

M. le docteur Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Ogier, docteur ès-sciences physiques, chef du laboratoire de toxicologie à la préfecture de police, ont été nommés auditeurs près le comité d'hygiène.

Faculté des sciences de Lille. — Par arrêté ministériel, en date du 12 août 1887, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 12 août 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Delay et Morel, aides-médecins, docteurs en médecine.

— Par décret, en date du 12 août 1887, M. Pichaud, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire, pharmacien universitaire de première classe, a été nommé au grade de pharmacien de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

Distinctions honorifiques. — Le ministère de l'intérieur vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins dont les noms suivent, comme membres honoraires et participants des sociétés de secours mutuels :

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Duhomme et Naret (de Paris).

Médailles d'or. — MM. les docteurs de Bernard de Montessus (de Chalon-sur-Saône) et Brun (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Volonzac (de Rodez), Cannelier (de Saint-Lô), Poincaré (de Nancy), Desportes (de Charenton) et Sicard (de Castres).

Médailles de bronze. — MM. Bouny (du Fleix), Rivière (de Lanta). Lorreyte (de Pouillon), Picard (de Selles-sur-Cher), Daudé de Marvejols), Toffart (de Frelinghien), Vandernieks (d'Ennetières-en-Weppes), Duplan (de Tarbes) et Grando (d'Espira-de-l'Agly).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Coquelu (de Dijon), Ansaloni (de Selles-sur-Cher), Thomas (de Billiour) et Parsavant (des Prés-Saint-Gervais).

École de médecine de Rouen. — Par décret, en date du 3 août 1887, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

M. Thierry, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie.

Hopitaux de Rouen. — *Concours pour la nomination de médecins-adjoints.* — A la suite du concours ouvert le 4 août, le jury a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

1° M. le Dr Brunon, ancien interne des hôpitaux de Paris;

2° M. le Dr Boucher, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris;

3° M. le Dr Lerefait, ancien interne des hôpitaux de Rouen.

(*Normandie médicale*).

Le Conseil d'arrondissement de Sceaux vient d'émettre le vœu suivant :

Le Conseil, 1° Considérant que les instituteurs de la banlieue sont, en cas de maladie, obligés de faire constater leur état par un médecin habitant Paris ;

2° Considérant que, par suite, ce médecin ne peut répondre assez rapidement à toutes les demandes qui lui sont adressées, et qu'il en résulte dans la pratique de nombreux inconvénients ;

3° Considérant qu'il est fort difficile à ce médecin habitant Paris de se transporter dans les communes les plus éloignées ;

4° Considérant qu'en fait, ce sont généralement des médecins-inspecteurs qui font les constatations médicales, et ce, sans réclamer de rétributions spéciales, et que les fonctions des médecins titulaires sont des sinécures ;

5° Considérant que l'Administration, en faisant valoir les charges que le budget départemental aurait à subir de la mesure réclamée, paraît être dans l'erreur, car le service, que ne font pas les médecins du personnel, pourrait être fait gratuitement par les médecins-inspecteurs,

Renouvelle le vœu : que dans chaque circonscription les médecins-inspecteurs des écoles soient chargés des constatations médicales intéressant le personnel, et que la sinécure des médecins titulaires soit supprimée.

Bulletin de la mortalité *du* 7 *au* 13 *août* 1887. — Fièvre typhoïde 21 — Variole, 9. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 20. — Phthisie pulmonaire, 162. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 35. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 58.

Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 42.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, .00.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 32. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 149. — Causes inconnues, 12.

Nombre absolu de la semaine : 973. — Résultat de la semaine précédente : 868.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 98 Mardi 23 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR JACCOUD.

—

Des rapports des cardiopathies avec la grossesse.

Leçon recueillie par le Dr GREFFIER,
Ancien interne des hôpitaux.

Messieurs, il y a quelque temps, je vous ai raconté l'histoire d'une malade atteinte d'une affection mitrale, et les conséquences nulles qu'avait eues l'apparition d'une grossesse sur l'état de cette femme (1).

Aujourd'hui, un autre exemple tout à fait semblable m'engage à revenir sur cette question.

Il s'agit d'une malade âgée de 32 ans, couturière, entrée le 15 juin dans le service pour enflure des jambes et pour une gêne légère de la respiration.

En 1873, cette malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Cette attaque a dû être grave puisqu'elle a duré plusieurs mois. Et il est probable que déjà à cette époque le rhumatisme a visité le cœur, attendu que, depuis, la malade est restée sujette à des palpitations et à de l'essoufflement en montant les escaliers.

La santé resta bonne pendant un temps assez long, jusqu'en mars 1886. A ce moment, seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu qui fut traitée à l'Hôtel-Dieu où la malade resta deux mois. Ici, nous savons qu'on dut s'occuper de son cœur et de sa poitrine ; car on lui appliqua sur la région précordiale des ventouses scarifiées et des vésicatoires sur la paroi gauche du thorax. La malade nous déclare en outre n'avoir pas eu de crachements de sang. Au bout de deux mois, la santé redevint ce qu'elle était auparavant.

A la fin de novembre ou au commencement de décembre 1886, elle devint enceinte.

(1) Voir *France médicale* du 11 juin 1887.

Au commencement, elle éprouva quelques-uns des accidents du début de la grossesse, notamment des vomissements; mais point d'accidents en rapport avec sa cardiopathie. Mais, au commencement de mai, elle éprouva de la difficulté pour respirer et de l'enflure des jambes. Elle ne s'alita pas encore. Mais l'enflure des jambes gagna jusqu'à la racine des membres; il survint de la toux, sans expectoration inquiétante toutefois, et les phénomènes s'aggravant peu à peu, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constata de l'œdème des jambes, œdème qui s'expliquait par trois causes : grossesse de 6 mois et demi, affection cardiaque, varices superficielles. On pouvait même songer immédiatement à une quatrième cause qu'il importait de vérifier : l'albuminurie. Mais celle-ci était totalement absente. Je vous rappelle qu'il en était exactement de même pour notre autre malade.

La cardiopathie est type. — A l'*inspection*, cœur gros dont la pointe bat en dehors du mamelon. — A la *palpation*, frémissement vibratoire et long à la pointe, occupant toute la systole qu'il devance. — *Auscultation* : à la pointe, type de roulement présystolique, puis souffle couvrant le 1er temps et le petit silence. En un mot tous les bruits, sauf le second claquement, sont couverts par le souffle. C'est donc un *rétrécissement mitral type*. — En outre, à la base, léger souffle au 1er temps au foyer aortique et sur le milieu du sternum ou dans le 2e espace intercostal gauche, frottement très net.

Le rhumatisme articulaire a donc été accompagné d'endopéricardite, laquelle a laissé pour reliquat un rétrécissement mitral, un très léger rétrécissement aortique, et en outre des membranes dans le péricarde.

Il est très vraisemblable que ces reliquats proviennent de l'attaque de rhumatisme de 1873, puisque l'essoufflement et les palpitations datent de cette époque. Toutefois nous n'en avons pas de preuves certaines. Mais si ce n'était pas en 1873 que le cœur avait été atteint, ce serait en tout cas en mars 1886. Et ce n'est qu'à la fin de novembre qu'est survenue la grossesse. La maladie a donc précédé de plusieurs années (d'après moi) ou au moins de plusieurs mois la grossesse. Cette maladie était une lésion mitrale, c'est-à-dire celle qui, d'après certains auteurs, est la plus redoutable lorsqu'il survient une grossesse.

M. Peter et ses élèves ont avancé que la grossesse aggravait tellement les lésions mitrales préexistantes, les rendait si dangereuses qu'il convenait formellement d'interdire le mariage aux personnes atteintes de ces lésions. De fait, M. Peter présente dans son mémoire une série de cas absolument terrifiants.

Néanmoins ces conclusions me paraissent absolument exagérées.

Notons bien combien le cas est grave, surtout si l'on considère que les lésions mitrales ne sont pas rares,

Et d'ailleurs tous les cas invoqués par M. Peter ne sont pas probants. Dans plusieurs de ses observations, les malades avaient déjà éprouvé de par leur lésion mitrale des accidents graves et la grossesse n'avait été qu'une cause occasionnelle de plus.

De même, si nous revenons à la malade dont je vous ai parlé dans une précédente séance, nous avions eu l'occasion de l'étudier avant sa grossesse, car elle était restée pour sa maladie de cœur six mois dans le service. Quand elle nous revint enceinte, les six derniers mois de la grossesse furent des plus pénibles. Mais enfin, elle ne fut ni plus ni moins malade qu'elle ne l'avait été dans son précédent séjour, alors qu'elle n'était pas enceinte. Eh bien ! si nous n'avions pas vu précédemment cette malade, si elle était arrivée dans le service en état de grossesse, nous n'aurions pas manqué d'attribuer à la grossesse tous les phénomènes que nous constations. Ce en quoi nous aurions commis une erreur absolue.

Je ne crois donc pas qu'il y ait une réponse identique à faire dans tous les cas. Il y a plusieurs questions à se poser.

La malade a-t-elle déjà, oui ou non, souffert du fait de sa lésion cardiaque ?

1° *Si la malade n'a jamais souffert*, je ne vois pas de raison pour interdire le mariage.

Toutefois, il faut tenir compte des *conditions sociales* de la jeune fille. Il s'agit de savoir si, lorsque cette femme deviendra enceinte, elle sera dans l'obligation de travailler, ou si elle pourra obéir aux conseils médicaux et passer la dernière moitié de sa grossesse dans un repos presque absolu. Dans le premier cas, il y a beaucoup à craindre. Mais néanmoins, dans cette première catégorie, il vaudra mieux incliner vers la permission.

2° *La malade a déjà eu des accidents d'asystolie avant le mariage.* Il y a toutes les chances possibles pour que, une grossesse survenant, les accidents se reproduisent vers le 4° ou le 5° mois. Ici encore, pas de réponse absolue. Il faut bien examiner quels ont été les accidents survenus. S'il s'agit d'un peu d'œdème, de palpitations, ces accidents n'ont pas une grande gravité. Mais il n'en est pas de même de la dyspnée et des hémoptysies, surtout s'il s'y joint de l'albuminurie. Ces accidents se reproduisent presque fatalement vers le 4° mois de la grossesse, et comme ils dureront autant qu'elle, il n'est pas du tout certain que la malade y survive. Ici donc, interdiction du mariage.

On s'est surtout préoccupé des lésions mitrales. Mais les lésions aortiques sont tout aussi graves. Seulement, bien entendu, les accidents à redouter sont différents et c'est ici surtout aux acci-

dents cérébraux qu'on a affaire. Les considérations à faire entrer en ligne de compte seront les mêmes : il faudra considérer l'état antérieur, le caractère des accidents déjà survenus, les conditions matérielles dans lesquelles se trouvera la femme ; enfin, un point fort délicat, c'est qu'il faut également tenir compte des *aspirations morales* de la jeune fille. Dans un cas de ma pratique privée, cette dernière considération aurait suffi à me décider. La jeune fille désirait ce mariage depuis dix-huit mois. Elle avait une lésion aortique. Eh bien, si on était venu, avec des raisons plus ou moins bonnes, lui dire de renoncer à ce mariage, il y avait à craindre une syncope qui pouvait être mortelle. Car quel est le plus grand danger dans les lésions aortiques ? C'est la syncope, vous le savez.

Dans le cas de la malade qui a été l'occasion de cette leçon, quoiqu'elle soit à 6 mois et demi de sa grossesse, tout se passa parfaitement. La lésion mitrale n'en est pas aggravée le moins du monde. La grossesse n'a modifié en rien la situation de cette femme. C'est le second exemple semblable que nous voyons dans l'année, preuve que le pronostic porté par M. Peter est trop sévère.

Des conditions de la polypnée thermique,

Par M. le professeur Ch. Richet (1).

J'ai indiqué, dans une note précédente (2), comment les chiens soumis à l'action de la chaleur ont une respiration plus fréquente, que j'ai appelée *dyspnée thermique;* mais c'est là une mauvaise expression, et je crois qu'il vaut mieux l'appeler *polypnée thermique;* car il n'y a rien qui ressemble à de la dyspnée, puisque, au contraire, la respiration est plus facile qu'à l'état normal. Je viens aujourd'hui déterminer quelques-unes des conditions qui préside à cette polypnée thermique, soit centrale, soit réflexe.

Une condition indispensable à la production de la polypnée thermique, c'est avant tout que les voies respiratoires soient largement béantes. Aussi, dès que, par un procédé quelconque, on vient à diminuer le calibre des voies aériennes, voit-on immédiatement la polypnée cesser, et la respiration devenir normale. M. Marey, puis Paul Bert, et plus récemment M. Langendorff, ont démontré que plus est considérable l'obstacle à vaincre (à l'expiration comme à l'inspiration), plus la respiration est ralentie. Ce fait, que ces physiologistes

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.
(2) Comptes rendus, 11 août 1884, t. XCIX, n° 6, p. 277.

ont établi pour la respiration normale, est encore plus frappant dans le cas de la polypnée : alors, le moindre rétrécissement des voies aériennes est suivi d'un ralentissement immédiat.

Chez le chien, quand il respire régulièrement, avec la gueule fermée, la base de la langue et l'épiglotte recouvrent la glotte et l'orifice du larynx; alors il y a une semi-occlusion des voies aériennes, ce qui suffit à la respiration normale, mais ce qui ne suffit plus à la respiration polypnéique.

Aussi les chiens, pour être haletants, c'est-à-dire pour avoir une respiration polypnéique, dont le rythme dépasse parfois 350 respirations par minute, ont-ils toujours la gueule ouverte et la langue pendante au dehors; car, si la langue n'était pas projetée ainsi en avant, la polypnée serait impossible. Quand un chien est en pleine polypnée, réflexe ou centrale, immédiatement elle cesse dès qu'on vient à lui fermer la gueule, en empêchant par conséquent la langue de pendre au dehors.

Ainsi la première condition de la polypnée, c'est l'absence de toute difficulté à vaincre pour l'introduction ou l'expulsion de l'air, avec des voies aériennes dilatées au maximum.

Une autre condition tout aussi nécessaire, c'est que l'animal soit en état d'apnée. On sait que M. Rosenthal a appelé *apnée* l'état d'un animal qui n'a pas besoin de respirer, son sang étant saturé d'oxygène et dépouillé d'acide carbonique. Or les animaux polypnéiques sont en état d'apnée. L'expérience suivante le démontre. Soit un chien qui, exposé au soleil, respire 300 fois par minute; si on vient subitement à lui oblitérer la trachée, il continuera, pendant une demi-minute environ, et parfois plus, à exécuter le même rythme respiratoire. Cependant, comme la trachée est oblitérée, cette respiration est absolument inefficace au point de vue de la pénétration d'oxygène dans le sang. Donc le sang était suffisamment saturé d'oxygène pour suffire, pendant près d'une demi-minute, sans aucune trace de suffocation de l'animal, aux échanges chimiques des tissus, et ce n'était pas le besoin d'oxygène qui déterminait les mouvements respiratoires. Si l'on continue l'expérience, en maintenant la trachée fermée, on verra les respirations se ralentir graduellement, en même temps qu'elles deviendront plus profondes. Enfin le rythme asphyxique sera établi, rythme qui comporte environ 30 à 40 respirations par minute.

L'expérience est plus frappante encore si l'on met au soleil deux chiens, dont l'un respire normalement, tandis que l'autre respire de l'air confiné. Celui qui respire l'air normal peut devenir apnéique, et chez lui la polypnée peut s'établir. Au contraire, le chien qui respire de l'air confiné, — et j'obtenais ce résultat en adaptant à la trachée un long et large tube de caoutchouc, — ne peut pas devenir apnéique,

et alors sa respiration ne peut dépasser un rythme de 80 ou 120 par minutes, tandis que le chien qui respire librement peut respirer 300 et 350 fois par minute. Le chien qui respire par le long tube n'est pas le moins du monde asphyxié, mais chez lui la polypnée ne peut s'établir.

Une autre conséquence de cette expérience, c'est que, si l'on met au soleil deux chiens, dont l'un respire par la trachée libre, et dont l'autre respire par le long tube de caoutchouc, aucun des deux ne sera asphyxié; mais le chien qui respire par le tube ne pourra respirer que 80 fois par minute, et alors il s'échauffera, tandis que l'autre, respirant 350 fois par minute, conservera, malgré la chaleur extérieure, sa température normale. En effet, cette respiration fréquente a pour but non le renouvellement des gaz du sang, mais l'évaporation d'eau à la surface pulmonaire.

Cette évaporation amène un refroidissement extrême. J'ai pu enregistrer directement par la balance cette déshydratation. Dans certains cas, elle est, par heure, de 11^{gr} d'eau par kilogramme d'animal, ce qui correspond à l'énorme déperdition de 6000^{cal}.

Je serais tenté de croire que c'est l'acide carbonique par sa présence (et non l'oxygène par son absence) qui exerce cette influence de ralentissement sur la respiration polypnéique. En effet, si l'on fait respirer à un chien polypnéique un mélange gazeux contenant 60 parties d'oxygène et 40 parties d'acide carbonique, la polypnée continuera d'abord pendant une minute ou deux; puis elle cessera graduellement pour faire place à une respiration lente et profonde. Pourtant l'oxygène était en grand excès dans le mélange gazeux : ce n'est donc pas par défaut d'oxygène que la polypnée a cessé.

Quand un chien trachéotomisé est exposé au soleil, de manière à respirer 300 fois par minute, il suffit de faire passer doucement un peu d'acide carbonique dans la canule trachéale, pour ralentir, au bout de quelques minutes, son rythme respiratoire.

Il est intéressant de remarquer que, sur un chien qui n'est pas au soleil et qui respire normalement (20 à 30 fois par minute), la même expérience, c'est-à-dire l'introduction dans les poumons d'un air riche en acide carbonique, a un effet précisément inverse, à savoir l'accélération légère du rythme respiratoire. L'excès d'acide carbonique ralentit énormément l'extrême polypnée des chiens échauffés, et il accélère quelque peu la respiration normale d'un chien qui respire tranquillement.

Tous ces phénomènes sont d'ordre central. La section des nerfs vagues n'a *aucune influence* sur ces diverses manifestations de l'activité du bulbe rachidien qui préside à la respiration.

D'autre part, chez les animaux chloralisés très profondément, de

manière que toute action réflexe soit abolie, on voit persister le ralentissement de la polypnée par le fait de l'acide carbonique.

Nous croyons donc avoir démontré que la polypnée thermique est un rythme respiratoire sans rapport de causalité avec les phénomènes chimiques interstitiels, et que, dans ce cas, la respiration n'est pas nécessitée par le défaut d'oxygène ou l'excès d'acide carbonique. C'est en effet tout le contraire, puisque la respiration fréquente ne peut se produire que quand il y a dans le sang excès d'oxygène et faible tension d'acide carbonique. La polypnée thermique contribue sans doute aux nécessités chimiques de la respiration des tissus, mais ce n'est pas là son rôle : c'est un moyen de réfrigération que la nature met en œuvre chez les animaux qui ne peuvent pas perdre de l'eau par la transpiration cutanée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *août* 1887. — *Présidence de* M. FÉRÉOL.

HYSTÉRIE ET GOITRE EXOPHTALMIQUE CHEZ L'HOMME. — M. *Debove* présente un homme atteint d'accidents nerveux qu'il n'est pas possible de ne pas rapporter à l'hystérie. De plus, cet homme est atteint de goitre exophtalmique, goitre fruste il est vrai, mais cependant évident : exophtalmie, tachicardie, douleur au niveau de la thyroïde qui n'est pas tuméfiée. M. Debove pense que chez cet homme le goitre est une manifestation de l'hystérie; le fait n'est pas rare chez la femme.

ULCÈRE SIMPLE DE L'ŒSOPHAGE, RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL. — M. *Debove* rapporte l'autopsie d'un malade dont il a autrefois, en 1885, entretenu la Société et chez lequel il avait porté le diagnostic d'ulcère simple de l'œsophage. L'autopsie a montré un ulcère simple de l'estomac qui n'avait pas été diagnostiqué et une cicatrice fibreuse de l'œsophage, siégeant à 5 centimètres au-dessus du cardia. C'était cette cicatrice que M. Debove avait dilatée avec succès en 1885. M. Debove fait remarquer que ce fait montre, d'une part, la coïncidence de l'ulcère de l'œsophage avec celui de l'estomac; d'autre part, l'existence possible d'une cicatrice et d'un rétrécissement consécutif à l'ulcère de l'œsophage; enfin, le pronostic relativement bénin de ce rétrécissement lorsque la dilatation est instituée à temps.

HYSTÉRIE MERCURIELLE. — M. *Letulle* lit un intéressant travail sur les rapports de l'hystérie avec l'intoxication mercurielle; il rappelle les rapports de l'hystérie et du saturnisme et conclut à l'identité de l'hystérie chez les mercuriels et chez les saturnins.

M. *Rendu* a observé un malade intoxiqué par le mercure et qui présentait des accidents mercuriels et des accidents hystériques; l'évolution des phénomènes ne peut laisser le moindre doute à cet égard. Ce malade a passé du service de M. Rendu dans celui du professeur Potain et a fait le sujet d'une intéressante leçon.

M. *Féréol* a observé un alcoolique hystérique.

DILATATION DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM. — M. *Danlos* rapporte l'observation et le compte-rendu de l'autopsie d'un homme de 20 ans, qui, atteint depuis un an de dilatation de l'estomac, vient de succomber à la tuberculose pulmonaire. L'estomac, énormément dilaté (il peut contenir sept litres d'eau), est divisé en trois portions séparées par deux sillons assez profonds; la valvule pylorique correspond à l'un de ces deux sillons de sorte que la troisième portion est constituée par le duodénum; cette portion est à elle seule presque aussi considérable que les deux autres réunies. En aucun point il n'existe d'obstacle à l'écoulement des matières.

M. *Féréol* pense qu'il ne s'agit que d'une entéroptose, que la dilatation du duodénum a été primitive et a eu pour cause le passage de l'artère mésentérique au devant du duodénum.

M. *Rendu* se demande s'il ne peut pas y avoir eu une sorte d'étranglement par vive arête.

M. *Féréol* ne rejette pas l'idée de M. Rendu et croit ne pouvoir mieux faire que de comparer le fait de M. Danlos à ceux de M. Glénard.

M. *Chantemesse* présente au nom de M. Ruault un aspirateur automatique. L'aspiration se fait au moyen d'un siphon, ce qui dispense de la pompe.

La Société entre en vacances; elle reprendra ses séances 14 octobre.

VARIÉTÉS

Congrès international d'hygiène et de démographie, Vienne (Autriche) 1887, du 26 septembre au 2 octobre 1887.

PROGRAMME DES SECTIONS D'HYGIÈNE.

A. *Questions dont la discussion sera préparée par des rapports qui auront été imprimés et envoyés aux membres du Congrès.*

1. Critères propres à faire juger de la nature hygiénique de l'eau potable et de l'eau de lavage d'après l'état actuel de la science.

Rapporteur : M. le Dr Gärtner, professeur d'hygiène à l'université de Iéna.

2. Rapport de l'eau potable avec l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses et les conséquences à en tirer par rapport à l'hygiène.

3. État actuel de l'épuration des eaux d'égout et de l'emploi des déjections humaines, surtout par rapport à la pureté des rivières; éventuellement : proposition de mesures législatives qui tendraient à ce but.

4. Quelles expériences a-t-on faites jusqu'à présent des systèmes Waring et Shone et dans quel rapport se trouvent-elles, quant à la pratique, en égard de l'hygiène, à la partie technique et financière, avec le système des égouts à grande eau ?

5. Mesures internationales à prendre contre les falsifications des denrées alimentaires.

6. Du lait des nourrissons.

7. Moyens de combattre l'alcoolisme.

8. Mesures contre les remèdes secrets.

9. Acclimatation :

a) choix du lieu,
b) amélioration du terrain,
c) construction et emménagement,
d) choix de l'alimentation,
e) habillement,
f) réglementation de la manière de vivre.
Hygiène des tropiques.

10. Moyens de pourvoir les bâtiments de lumière et de chaleur solaires.

11. Progrès de l'éclairage électrique et au gaz, et emploi du gaz d'éclairage tiré de l'eau par rapport à l'hygiène.

12. Surveillance médicale des écoles surtout en vue d'empêcher l'extension des maladies infectieuses et de la myopie.

13. Enseignement de l'hygiène dans les écoles élémentaires, secondaires, des arts et métiers, des filles, des séminaires laïques et ecclésiastiques, son opportunité et ses limites.

14. Législation propre à protéger l'ouvrier et hygiène des fabriques.

15. Nécessité des hôpitaux isolés et leur mode de construction.

16. Moyens de pratiquer la désinfection.

17. Par quelles mesures nationales et internationales peut-on remédier à l'influence nuisible des chiffons infectés sur la propagation s maladies infectieuses ?

18. Expériences étiologiques et prophylactiques sur les épidémies olériques en Europe pendant les 3 à 4 dernières années.

19. Quelles sont les prédispositions des diverses races humaines

par rapport aux différentes matières infectieuses et quelles conséquences pratiques peut-on en tirer par rapport au mouvement de transport des diverses races ?

20. Hygiène des bateaux, surtout de la marine marchande.

21. Quels principes recommander pour la rédaction d'un règlement international des épidémies ?

22. Expériences faites dans les divers pays relativement aux vaccinations préventives (charbon [bacillus anthracis] charbon symptomatique, érysipèle des cochons, choléra des poules, fièvre typhoïde des chevaux, rage, etc.).

B. *Conférences qui seront mises à l'ordre du jour des sections d'hygiène après la clôture des débats relatifs aux questions qui figurent au programme* A.

1. Quels éléments météorologiques peut-on recommander et de quelle manière doivent-ils être exposés, vu l'état actuel de nos connaissances et celui de la caractéristique des climats, par rapport à l'hygiène, pour arriver dans des buts hygiéniques à une climatologie comparée, basée sur les mêmes principes?

2. Critères propres à faire juger de l'état hygiénique de l'air d'après l'état actuel de la science.

3. Quels sont les métaux ou les alliages qui, servant à la fabrication d'ustensiles de cuisine ou de ceux avec lesquels on mange et l'on boit, doivent être considérés comme nuisibles à la santé ou comme pouvant l'être ?

4. De l'emploi des conduites d'eau de plomb.

5. Des causes qui prédisposent aux maladies infectieuses.

6. Enregistrement international des maladies épidémiques.

7. Résultat des études sur la malaria à Rome.

8. Causes et voies de propagation de la diphthérie.

9. Étiologie du rachitisme.

10. Quelle est la tâche à remplir en vue de l'examen scientifique des causes du crétinisme et quels sont les moyens qui, maintenant déjà, peuvent être proposés pour combattre ce mal?

11. Etat hygiénique de la ville de Bordeaux et prophylaxie à laquelle on y a recours contre la rage.

Aux renseignements ci-dessus, nous joignons les suivants tirés de la *Gazette hebdomadaire.*

Plusieurs de nos confrères nous ayant écrit pour nous demander des renseignements précis au sujet du Congrès international d'hygiène qui se tiendra à Vienne du 26 septembre au 2 octobre et nous prier de leur indiquer les démarches à faire pour participer à cette réunion,

nous croyons devoir résumer comme suit les indications officielles qui sont jusqu'ici parvenues à notre connaissance :

Le sixième Congrès international d'hygiène et de démographie se réunira à Vienne du 26 septembre au 2 octobre 1887, sous la présidence d'honneur de l'archiduc Rodolphe, prince héritier, et sous la présidence effective de M. le professeur Ludwig, doyen de la Faculté de médecine. L'ordre du jour est ainsi fixé :

Dimanche 25 septembre. — Le soir, réunion libre dans un local qui sera ultérieurement désigné.

Lundi 26. — Avant midi, ouverture solennelle et publique du Congrès ; après l'élection du Bureau : discours de M. le professeur Brouardel sur la propagation de la fièvre typhoïde et de M. le professeur Max de Pettenkofer sur l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés de médecine et les Écoles supérieures techniques ; après-midi, excursion au Kahlenberg.

Mardi 27, mercredi 28, vendredi 30 et samedi 1er octobre. — Séances des sections le matin et dans l'après-midi.

Jeudi 29. — Excursion au Höllenthal et à la prise d'eau de Kaiserbrunnen, puis au Semmering.

Dimanche 2 octobre. — Avant midi, assemblée générale et publique de clôture ; discours de M. le professeur Corradi sur la longévité au point de vue de l'histoire, de l'anthropologie etde l'hygiène *et de M.* le professeur Charles-Théodore d'Inama-Sternegg sur les changements les plus importants survenus dans la population de l'Europe depuis mille ans.

Après la clôture du Congrès, excursion en bateau à vapeur à Buda-Pesth.

Pour faire partie du Congrès, il suffit d'en faire la demande et d'envoyer un mandat de 21 francs à M. Fr. de Gruber, secrétaire général de la Commission d'organisation, I., Rengasse, 20, à Vienne. Celui-ci enverra aussitôt la carte d'entrée ainsi que l'ensemble des rapports déjà parus et qui sont relatifs aux questions qui doivent être examinées dans les séances du Congrès.

Une commission spéciale s'occupe de procurer des logements à Vienne aux membres du Congrès. Les chemins de fer français, autrichiens, hongrois et italiens, accordent une réduction de prix de 50 pour 100 aux membres du Congrès, munis d'une carte d'adhérent et à leurs familles ; seuls, les chemins de fer allemands n'ont pas voulu consentir à cette faveur.

Actuellement 1.320 membres, dont 63 français, se sont déjà fait inscrire.

NÉCROLOGIE

Le docteur MANOURY (Charles), chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres, décédé le 16 août, à l'âge de 72 ans.

Le docteur BOUSQUET (Alexandre), vice-consul de France au Brésil, province de St-Paul.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La bibliothèque, fermée depuis le 12 août, est ouverte depuis hier 22 août et jusqu'à la fin des vacances scolaires, les mardi jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures du soir.

Prosectorat. — Sont nommés : 1° Prosecteurs pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1887 : MM. les docteurs Lejars et Villemin, en remplacement de MM. Poirier et Michaux, dont le temps d'exercice est expiré ; 2° Prosecteurs pour un an, à dater du 1er octobre 1887 : MM. les docteurs Delbet et Potherat, en remplacement de M. Lejars, dont la délégation est expirée et de M. Truffier, appelé à d'autres fonctions.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André sera ouvert le mardi 4 octobre 1887.

HOPITAUX DE LYON. — L'ouverture d'un concours pour une place de médecin des hôpitaux aura lieu le 27 février 1888.

HOSPICE DE BRON. — L'administration de l'asile public d'aliénés de Bron, près Lyon, annonce pour le 5 décembre prochain un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes suppléants en médecine.

Pour tous renseignements s'adresser à la direction de l'établissement.

MISSION. — M. Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en vue d'étudier la fièvre jaune dans les pays où elle sévit ordinairement et de la combattre par des moyens prophylactiques.

CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES. — Le 3e congrès des médecins russes aura lieu à Saint-Pétersbourg au mois d'avril 1888.

HOPITAL NECKER. — M. le docteur Kirmisson, agrégé, suppléant M. le professeur Le Fort : Leçons les mardi et jeudi de chaque semaine à 9 heures du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Paul Segond, agrégé, suppléant M. le professeur Trélat : Leçons les mercredi et vendredi de chaque semaine, à 9 h. 1/2 du matin.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 99 Jeudi 25 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 24 août 1887.

M. Germain Sée a lu hier, à l'Académie, un mémoire sur le traitement des maux de tête, des migraines et des névralgies par l'antipyrine. En passant il a dit son opinion sur le surmenage intellectuel et les céphalées qui en résultent, sur le surmenage physique que l'on impose parfois, dit-il, à nos collégiens à un âge où ils ne peuvent pas encore le supporter, sur les céphalées de croissance, qui présentent exactement les mêmes phénomènes que les céphalées de surmenage. M. Sée s'est arrêté sur la migraine dont il a donné rapidement une description cependant complète et sur laquelle il aime d'ailleurs à ramener souvent l'attention de ses élèves.

Ces céphalées, ces migraines et les névralgies faciales sont justiciables d'un même médicament, l'antipyrine. M. G. Sée le donne à la fois de deux manières : à l'intérieur, à la dose de 2 ou 3 grammes par jour ; puis en injections hypodermiques. Il injectait d'abord l'antipyrine dans une solution aqueuse à parties égales, mais ses injections étant très douloureuses, M. Sée ajoute chaque fois un centigramme de cocaïne à la solution injectée, ou bien il donne une solution au tiers seulement. Par ce moyen M. Sée fait cesser en une heure ou une heure un quart des accès de migraine qui avaient résisté jusque-là à tous les traitements ; d'autre part, il est arrivé à guérir des névralgies faciales qui duraient depuis seize ou dix-huit ans.

M. Tholozan, de Téhéran, a lu dans la même séance un mémoire sur le développement brusque des épidémies, du choléra en particulier. Ce mémoire, qui reproduit un très grand nombre de faits, sera forcément consulté par tous ceux qui voudraient faire de nouveaux travaux sur le même sujet, mais il est malheureusement impossible à analyser.

A. Ch.

Le salol, le salinaphtol, la dioxynaphtaline.

—

Frappé des inconvénients multiples qu'offre l'emploi du salicylate de soude en thérapeutique, Herm. Sahli (de Berne) a cherché à lui substituer un corps analogue découvert et étudié par Nencki, le salicylate de phénol ou salol, dans lequel l'acide phénique remplace la soude. Le salol est une substance cristalline, incolore, d'une faible odeur aromatique, presque insipide et presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool. Les malades supportent très bien ce remède qui ne provoque aucun malaise, ni nausées, ni bourdonnements d'oreille. Sahli a donné le salol dans le rhumatisme articulaire à la dose de 4 à 8 gr. et toujours le médicament était bien supporté. Deux heures après l'administration de la première dose, l'urine présentait la réaction de l'acide salicylique, on retrouve en même temps l'acide phénique sous forme de sulfo-phénol, ce qui communique une teinte brune à l'urine. L'action antiseptique du salol est incontestable et elle est due à la fois à l'acide salicylique et au phénol qui entre dans sa composition dans la proportion de 40 0/0. Disons encore que le salol a été prescrit avec succès par Sahli dans plusieurs cas de névralgie, dans l'érythème noueux, l'urticaire ; le même auteur l'a proposé à titre d'antiseptique local dans le catarrhe de l'intestin, dans la fièvre typhoïde, dans le choléra, le catarrhe de la vessie. Mais la condition de l'action de ce médicament est le dédoublement qu'il subit dans le duodénum sous l'influence du suc pancréatique. Tant que ce dédoublement n'a pas eu lieu, le médicament insoluble reste inerte et passe dans les selles sans avoir développé aucune action du moins apparente. Or, la fonction pancréatique n'est pas toujours normale, de là l'incertitude des effets du salol. C'est ce qui résulte des expériences faites par le professeur Lépine qui a montré que le dédoublement n'a lieu que dans une très faible part chez les typhiques, d'où la nécessité de hautes doses de salol qui ne sont pas alors dépourvues de danger. Au contraire, d'après ses expériences, le salol se dédouble très bien lorsqu'il est injecté dans le sang. Toutes ces conditions font du salol un médicament peu sûr dans les cas pressants, et M. Lépine conseille de limiter son emploi aux cas de rhumatisme peu intense et dans la période de convalescence pour prévenir une rechute. (*Semaine médicale*, n° 31.)

Un autre médicament tout à fait analogue a été expérimenté dans les mêmes conditions, c'est le betol (Kobert) ou salinaphtol (Lépine), cette dernière dénomination, la plus correcte, indique que le produit est composé d'acide salicylique et de naphtol. Les propriétés physiques de ce corps sont à peu de chose près les mêmes que celles du

salol et son action thérapeutique comme son mode d'action sont absolument les mêmes. Ici encore c'est le suc pancréatique qui est l'agent exclusif du dédoublement indispensable pour l'efficacité du médicament ; il en résulte que le salinaphtol est passible des mêmes inconvénients et des mêmes reproches que le salol. Cependant il paraît avoir l'avantage sur ce dernier d'être moins toxique, le naphtol étant lui-même moins toxique et moins facilement absorbable que le phénol.

Le professeur Lépine a donné encore le résultat de ses expériences sur un corps congénère des précédents, la dioxynaphtaline qui renferme deux atomes d'oxygène de plus que la naphtaline. C'est une poudre brillante qui rappelle les paillettes de mica ; elle fond à 186° et se dissout dans 100 parties d'eau tiède ; mais la solution ne tarde pas à s'altérer. Injectée aux animaux, elle détermine des convulsions épileptiformes et une altération du sang consistant surtout dans la destruction des globules rouges et formation de méthémoglobine. Le professeur Lépine a administré cette substance aux individus asthéniques dont elle augmente manifestement les forces, à la dose de 1 gr. en 4 fois par jour. La sensibilité ne se trouve pas modifiée, les réflexes ne sont pas augmentés et chez les individus sains la force musculaire n'est pas accrue. (*Semaine médicale*, n° 31.)

Quant à l'action antiseptique de ces médicaments, elle a été étudiée surtout pour le salol qui empêche les décompositions; aussi de Nencki en a-t-il préconisé l'emploi dans la chirurgie. Sahli assure avoir vu guérir rapidement des ulcérations syphilitiques ou chancreuses qu'on avait saupoudrées de salol ; il recommande les insufflations contre l'ozène dont l'odeur disparaît, dans l'otorrhée sous forme de poudre ou d'une solution huileuse à 10 0/0. En résumé, le salol est un antiseptique insoluble qui ne cautérise pas les tissus, ne se combine pas avec les produits de sécrétion et empêche par sa présence le développement des germes pathogènes. L. Jumon.

Sur l'action des micro-organismes de la bouche et des matières fécales sur les substances alimentaires,

Par M. W. Vignal (1).

J'ai recherché l'action qu'exercent, sur un certain nombre de substances alimentaires, les dix-sept espèces de micro-organismes que j'ai isolées l'année dernière de la bouche (2), et les deux que j'ai

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

(2) Archives de physiologie, 15 novembre 1886.

trouvées depuis (ces deux derniers sont : le *micrococcus Pasteuri* Sternberg et un *Coccus* que j'ai désigné par la lettre *k*).

Parmi ces micro-organismes, sept dissolvent l'albumine, cinq la gonflent ou la rendent transparente ; dix dissolvent la fibrine, quatre la rendent transparente ou la gonflent ; neuf dissolvent le gluten, sept coagulent le lait, six dissolvent la caséine ; trois transforment l'amidon, mais un seul agit un peu énergiquement, un autre paraît vivre à ses dépens sans l'hydrater ; neuf transforment le lactose en acide lactique ; sept intervertissent le sucre cristallisé ; sept font fermenter la glycose et la transforment partiellement en alcool. Toutes ces actions sont plus ou moins énergiques : les unes agissent rapidement, d'autres très lentement.

Parmi ces micro-organismes, six résistent plus de vingt-quatre heures à l'action du suc gastrique maintenu à 36°-37°, que la culture soit récente ou vieille avec des spores ; cinq résistent plus de deux heures à son action lorsque la culture est récente et plus de vingt-quatre lorsqu'elle contient des spores ; deux autres y résistent seulement une heure lorsque la culture est récente et les spores d'un de ces derniers vingt-quatre heures, celles de l'autre seulement six heures ; les six derniers ne résistent pas une demi-heure à son action, que la culture soit récente ou ancienne.

Le suc pancréatique, préparé artificiellement et doué d'une action très puissante, et la bile n'ont aucune action destructive sur ces micro-organismes.

Dans les matières fécales, j'ai retrouvé six des micro-organismes de la bouche (le bacille *Mesentericus fuscus*, le bacille *d* ou *Coli commune*, les bacilles *b*, *c* et *e* et le *coccus k*) et quatre autres micro-organismes ; un streptocoque, un coccus et deux bacilles (1).

Un de ces derniers dissout l'albumine ; deux rendent transparente la fibrine ; trois dissolvent le gluten ; un transforme l'amidon des pommes de terre, mais pas celui de l'empois, quoique, afin de lui fournir des matières azotées, l'empois ait été préparé avec du bouillon de veau, au lieu d'eau ; deux coagulent le lait ; un dissout en partie la caséine et coagule ce qu'il ne dissout pas ; trois transforment la lactose en acide lactique ; trois intervertissent le sucre de canne et deux transforment en partie la glycose en alcool.

L'action de ces micro-organismes doit être considérable sur les aliments, car une série de numérations m'a montré qu'ils étaient au

(1) Je dois ajouter à ces micro-organismes les levures ; mais je ne me suis pas occupé de ces dernières, après avoir constaté, en expérimentant sur moi-même, qu'on retrouvait dans les matières fécales toutes les epèces de levures qu'on avalait accidentellement ou volontairement.

nombre de plus de 20 millions dans un décigramme de matières fécales, et certainement tous les micro-organismes qui y étaient contenus ne se sont pas développés dans les milieux que j'ai employés.

Afin d'essayer de réaliser ce qui se passe dans le tube digestif, où les micro-organismes ne sont pas isolés, j'ai ensemencé des séries de ballons, d'une part avec du tartre dentaire et de l'enduit lingual, d'autre part avec un peu d'eau dans laquelle j'avais délayé des matières fécales.

L'attaque des substances contenues dans les ballons fut très énergique au début ; mais dès le troisième jour, souvent même dès le second, il se produisait un arrêt persistant.

Devons-nous conclure de là que les micro-organismes de la bouche et des matières fécales n'ont, mélangés, aucune action sur les aliments ? Évidemment non, les transformations qu'ils subissent sous l'influence de ces micro-organismes se sont arrêtées dans nos ballons, parce que leurs parois de verres sont incapables d'absorber au fur et à mesure de leur production, comme l'intestin le fait, les produits qu'ils engendrent.

De l'ensemble de ces recherches, je conclurai qu'elles justifient l'opinion de M. Pasteur, qui attribue une grande importance au rôle des micro-organismes dans le travail de la digestion, et démontrent, d'autre part, que les phénomènes de la digestion en général, et en particulier le rôle qu'y jouent les micro-organismes, sont plus complexes qu'ils ne le paraissent au premier abord. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. Belin, secrétaire du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de Seine-et-Oise, envoyant le rapport général sur les travaux de ce conseil pendant l'année 1886 ; 2° une lettre de M. le Dr Sedan, médecin-major de 1 classe au 61e régiment d'infanterie, relative aux vaccinations pratiquées dans ce régiment pendant l'année 1886 ; 3° une lettre de M. le Dr Jenot, médecin-inspecteur des enfants du premier âge de la circonscription de Dercy (Aisne), répondant au programme de l'Académie pour l'année 1886.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Giraud-Teulon, décédé à Saint-Germain.

DU TRAITEMENT DES MAUX DE TÊTE (CÉPHALÉES, MIGRAINES ET NÉVRALGIES FACIALES) PAR L'ANTIPYRINE. — *M. Germain Sée* ne veut

pas rouvrir la discussion sur le surmenage intellectuel, il ne veut parler que d'un incident. Les conclusions votées par l'Académie lui paraissent d'ailleurs très sages et il ne peut que s'y associer.

Les eaux de la Seine, comme l'ont montré les recherches de MM. Chantemesse et Widal, sont de plus en plus typhogènes, mais les bacilles et les bactéries tirées de la Seine, inoculées aux animaux, ne se reproduisent presque jamais chez ces animaux. Ainsi il ne faut pas mettre sur le compte des institutions universitaires des cas de fièvre typhoïde qui peuvent être dus à l'eau, au lait et peut-être aux matières fécales.

M. Sée aborde une autre question. Existe-t-il des céphalées de surmenage, ou bien ces céphalées doivent-elles être attribuées à la croissance, à la migraine ou à tout autre cause. A ce point de vue la vie scolaire doit être divisée en deux périodes très distinctes, de 8 à 12 ans et de 12 à 18 ans. Il y a quatre ans, le Dr René Blache a fait un travail très remarquable sur les céphalées de croissance, sous l'influence des hypertrophies cardiaques de croissance. Presque en même temps M. Keller et M. Chateau ont fait pour les adolescents exactement la même description. La description de ces céphalées est exactement celle que l'on a donnée de la céphalée de surmenage.

Voyons ce que sont ces céphalées de croissance. Les enfants, après quelque temps de travail, sont forcés d'abandonner toute occupation. Ces céphalées existent très fréquemment avec des hypertrophies cardiaques de croissance. Il y a deux périodes dans la croissance, toutes deux très bien étudiées par Quételet et par Beneke. Le collégien de 8 à 12 est celui qui s'allonge le plus ; pendant ce temps le cœur est flasque ; vers l'âge de 14 à 15 ans, il y a un temps d'arrêt dans le développement du corps : 5 centimètres par an de 8 à 13 ans, puis 4 centimètres de 14 à 19 ans. C'est chez ces derniers qu'aura lieu l'augmentation du cœur qui pourra aller jusqu'à l'hypertrophie de croissance.

Les enfants de 8 à 12 ans qui grandissent d'une façon démesurée, et dont le cœur ne suit pas, se fatiguent très vite, physiquement et intellectuellement. Lorsqu'ils sont soumis à la sédentarité et à l'encombrement, leur cœur se dilate en raison du surmenage intellectuel, en raison de l'anémie qui résulte de l'encombrement, enfin il se dilate parce qu'on veut leur faire faire des exercices gymnastiques absolument au-dessus de leurs forces. A ceux-là il faut, au contraire, mesurer l'exercice, il faut leur donner une nourriture copieuse, aussi copieuse qu'aux enfants plus âgés. Chez les enfants qui s'accroissent il faut plus de nourriture que lorsqu'ils sont arrivés à un autre degré de développement. Au contraire, au-dessus de 13 à 14 ans, on peut leur imposer un travail physique régulier.

Ainsi il y a une céphalée de surmenage cérébral, il y a une céphalée de croissance et une céphalée de croissance facilitée par le travail cérébral et un travail physique trop prononcé.

Comme il n'est pas toujours facile de distinguer la céphalée de croissance de la céphalée de surmenage, M. Sée recommande un médicament, l'antipyrine. M. Sée raconte l'histoire de 12 enfants dont 7 très bons élèves, guéris par ce moyen. Il donne pendant 3 à 6 jours 2 à 3 grammes d'antipyrine par jour, puis au bout de ce temps il ramène la dose à 2 grammes.

Il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de céphalalgies sont causées par des troubles de la vue.

A Paris, le nombre des migraineux est considérable. Cette question de la migraine est une des plus difficiles et des plus importantes. La migraine est caractérisée par quatre phénomènes fondamentaux, outre le mal de tête. Dans ces derniers temps beaucoup de médecins ont mis les troubles circulatoires avant le mal de tête, mais, comme le disait Lasègue, il n'y a pas de migraine sans mal de tête. Il faut le mal de tête, l'hémicranie, la douleur, dans la région sus-orbitaire et jamais dans la région sous-orbitaire. Les phénomènes vaso-moteurs viennent en seconde ligne : l'accès de migraine commence par la pâleur de la face, la dilatation de la pupille, la rétraction du globe oculaire, tout cela dû à la constriction des vaso-moteurs, puis vient la dilatation de ces vaso-moteurs avec rougeur de la face, rétrécissement de la pupille et saillie du globe de l'œil. En troisième lieu viennent les phénomènes oculaires, le scotome scintillant, l'amaurose partielle passagère, constituant parfois une véritable hémiopie. En quatrième lieu enfin il y a des phénomènes nauséeux. Avec cet ensemble de phénomènes il est impossible de confondre la migraine avec une céphalée quelconque.

M. Sée a 38 cas de guérison immédiate de la migraine sur 42 cas. Sur ces 42 cas, il y avait deux individus qui ne pouvaient pas supporter l'antipyrine. Chez un autre, l'antipyrine a produit un état de malaise considérable ; un quatrième n'a peut-être pas pris régulièrement le médicament. Les 38 autres malades ont été guéris par l'antipyrine. Ni chez les femmes ni chez les hommes, il n'y avait le moindre trouble dyspeptique avant ni après l'antipyrine. Au bout d'une heure ou une heure et quart au plus, avec 2 grammes d'antipyrine, on est absolument débarrassé. Il faut prendre un gramme d'antipyrine dès le début des phénomènes prémonitoires, puis un second gramme vingt ou trente minutes après.

L'antipyrine est le meilleur moyen de diminuer la surexcitabilité de la moelle épinière ; elle a sur la douleur un pouvoir d'inhibition très marqué. M. Sée, dira-t-on, ne fait pas le traitement général ; ce

n'est pas faute de connaître les causes de la migraine. Migraineux, il n'a jamais été arthritique ; il connaît beaucoup de migraineux non arthritiques et qui ont fait sans aucun succès le traitement général de l'arthritisme.

On a attribué la migraine à des affections du tube digestif, mais il y a beaucoup de malades atteints de toutes sortes de lésions de l'estomac, et qui n'ont jamais eu la migraine.

Pour la névralgie faciale, M. Sée possède sept exemples de névralgies faciales graves, dont deux guérirent entièrement, une résista à tous les traitements, les quatre autres sont en voie de guérison. Ces tics douloureux duraient depuis 12, 13, 16 et 18 ans. Ces quatre malades sont arrivés aujourd'hui, après deux mois de traitement, à jouir d'un repos qu'ils ne connaissaient plus. Ce traitement a consisté dans l'emploi journalier de cinq grammes d'antipyrine et de plus dans les injections sous-cutanées d'une solution d'antipyrine à parties égales ; mais ces injections étant parfois très douloureuses, M. Sée ne met actuellement que 50 centigrammes d'antipyrine pour 1 gr. 50 d'eau. Pour agir plus énergiquement on peut ajouter un centigramme de cocaïne à chaque gramme de la solution à parties égales.

Notice sur les apparitions brusques des épidémies, et du choléra en particulier. *M. Tholozan* lit un mémoire sur ce sujet.

La séance est levée à 5 heures

VARIÉTÉS

Exercice illégal de la pharmacie. Récidive. — *Tribunal correctionnel de la Seine.* — Nous avons déjà entretenu nos lecteurs des poursuites nombreuses dont avait été l'objet un sieur Faurie dit Morisse, qui encombre Paris et la France de réclames sans nombre.

Malgré quatre condamnations précédentes, il avait continué son commerce illicite. Poursuivi de nouveau, il vient d'être frappé cette fois, avec une juste sévérité, par le jugement ci-après :

Le Tribunal, ouï en sa plaidoirie Bogelot, avocat de la Société de Prévoyance, et Allain, avocat de Faurie, après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Reçoit la Société de Prévoyance des pharmaciens de la Seine, intervenante dans l'instance en qualité de partie civile et statuant sur le tout par un seul et même jugement ;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, qu'en 1887, à Paris, Faurie a contrevenu aux lois sur la pharmacie, en préparant, vendant et débitant des médicaments, sans être pourvu du diplôme de pharmacien ;

Attendu que Faurie a déjà été condamné pour exercice illégal de la pharmacie ; qu'il se trouve en état de récidive spéciale ; qu'il a dès lors contrevenu aux articles 25, 26, 36 de la loi du 21 germinal an XI et 1er de la loi du 29 pluviôse an XIII ;

Attendu que par suite des faits ainsi spécifiés, la Société de Prévoyance des pharmaciens de la Seine a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation ;

Que le Tribunal possède les éléments suffisants pour en apprécier l'importance ;

Faisant application des articles ci-dessus visés ainsi conçus :....

Condamne Faurie à 600 francs d'amende et à dix jours d'emprisonnement ; le condamne, par *toutes* les voies de droit, à payer à la Société de Prévoyance des pharmaciens de la Seine, la somme de 3,000 francs à titre de dommages et intérêts ;

Ordonne la fermeture de l'officine tenue par Faurie, boulevard Magenta, 75, et l'affichage du présent jugement à chacune des mairies des vingt arrondissements de Paris ; ordonne, en outre, l'insertion du présent jugement dans deux journaux au choix de la partie civile, et aux frais de Faurie, sans que le coût de chaque insertion puisse excéder la somme de 200 francs.

Condamne en outre Faurie en tous les dépens, etc....

Observation. — On remarquera que le Tribunal, au lieu d'appli-*quer* l'article 6 de la déclaration du roi de 1777, condamne, cette fois, en vertu des articles 36 de la loi de germinal, et 1er de la loi de pluviôse an XIII. Le Tribunal a pensé que cet article, qui prohibe la vente sur tréteaux et étalages, pouvait s'appliquer à la vente en boutique, et comme Faurie a déjà été condamné en vertu de ce même article pour vente du Rob Jacobi, remède secret, il lui applique la peine de l'emprisonnement.

C'est un retour à une ancienne jurisprudence qui avait été abandonnée. Elle permettra d'appliquer les peines de l'emprisonnement aux récidivistes, tandis qu'en appliquant seulement les articles 33 de germinal et 6 de la déclaration de 1777, les contrevenants n'étaient jamais punis, même en cas de récidive, que d'une amende souvent réduite par le ministère de la justice. — G. Boghlot. (*Union pharmaceutique*, août 1887.)

NÉCROLOGIE

Le Dr Giraud-Teulon (Félix), ancien élève de l'École polytechnique, membre de la Société de chirurgie, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir à Saint-Germain-en-Laye.

M. Giraud-Teulon s'était spécialisé dans les questions de mécanique

animale et d'ophthalmologie. Parmi ses principales publications, nous citerons : *Principes de mécanique animale,* ou étude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés, Paris 1858. — *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*, 1861. — *Leçons sur le strabisme et la diplopie, pathologie et thérapeutique*, 1863. — *Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil*, 1865. — *L'œil*, un excellent petit volume de vulgarisation des fonctions de la vue et de leurs anomalies, dont la seconde édition a paru en 1878; enfin un gros volume de près de mille pages sur *la vision et ses anomalies*, paru en 1881.

M. Giraud-Teulon avait créé, rue de la Condamine, une clinique ophthalmologique qu'il avait cédée depuis longtemps déjà à l'un de ses élèves.

Il a fait, dans ces dernières années, un certain nombre de communications à l'Académie de médecine, en particulier pour combattre les théories de M. Marey sur la marche, la course et le saut et pour exposer divers points relatifs à l'examen ophthalmoscopique, pour lequel il employait un ophthalmoscope binoculaire de son invention, et à la pathologie oculaire.

Giraud-Teulon faisait, depuis 1874, partie de l'Académie de médecine, section de physique et de chimie médicales.

A. Chevallereau.

NOUVELLES

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté préfectoral en date du 2 août 1887 (effet du 1er mai 1887), M. le docteur Brusque, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Par arrêté préfectoral en date du 6 août 1887, M. le docteur Legrain, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Vaucluse (Seine), est compris dans la deuxième classe du cadre.

Asile de Ville-Évrard. — Le 21 août a eu lieu l'inauguration du chemin de fer Nogentais à air comprimé, qui, partant de Vincennes (station des tramways), conduira les visiteurs jusqu'à l'Asile de Ville-Évrard. La création de ce tramway rendra très faciles les visites des familles se rendant soit à l'Asile, soit au pensionnat de Ville-Évrard.

Création d'hospices intercommunaux. — Le Conseil d'arrondissement de Sceaux vient d'émettre le vœu suivant : le conseil, vu l'impossibilité de placer les vieillards de la banlieue dans les hospices actuellement existants ; vu les difficultés de faire admettre les malades et les blessés des communes suburbaines dans les hôpitaux de Paris ; vu les vœux émis par un grand nombre des conseillers municipaux du département de la Seine ; vu l'exemple fourni par les communes de Montreuil, Vincennes et Fontenay qui viennent de se syndiquer pour fonder un hospice intercommunal.

Émet le vœu : Que les communes soient autorisées, conformément à la loi du 5 avril 1884, à se syndiquer en vue de la création d'hospices et d'hôpitaux intercommunaux, et invite les communes à se grouper et à se syndiquer pour arriver à une entente préalable qui fixera la part contributive de chaque commune et déterminera le point sur lequel les établissements hospitaliers seront élevés.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Renseignements militaires. — Voici les pièces à fonrnir par les docteurs en médecine demandant à être nommés médecin de réserve ou de l'armée territoriale :

1° Demande au Ministre de la guerre;

2° Extrait d'acte de naissance, sur papier libre,

3° Extrait du casier judiciaire, id.

4° État des services (pièce à demander au bureau de recrutement);

5° Certificat d'aptitude prévu par le décret du 10 janvier 1884.

Toutes ces pièces sont envoyées au Directeur du service de santé du corps d'armée auquel le candidat veut être affecté.

Voici maintenant les pièces à fournir par les étudiants en médecine ou en pharmacie, engagés conditionnels, désirant être admis à remplir les fonctions dévolues aux médecins et pharmaciens auxiliaires :

1° Demande adressée au Directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel les intéressés ont signé leur engagement;

2° Expédition de l'acte d'engagement;

3° Position des candidats au point de vue de la scolarité (savoir : copie du diplôme ou certificat d'inscription);

4° Certificat d'aptitude prévu par le décret du 10 janvier 1884.

Ce certificat ne peut être obtenu qu'après la 12e inscription.

Ces pièces doivent parvenir à la Direction du service de santé avant le 1er octobre de chaque année.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Berlin.* M. Virchow vient d'être battu dans l'élection pour le rectorat, ce qui est regardé comme un événement assez important. M. Virchow, un savant de premier ordre, est l'un des chefs du parti progressiste qui a voté contre le septennat. Les apparences sont que des raisons politiques ont déterminé un certain nombre de votants à rejeter le candidat de la Faculté de médecine. L'Université allemande comprend l'École de médecine et l'École de droit, en même temps que les Facultés de philosophie et de théologie. C'est une coutume admise depuis des années que les quatre Facultés proposent alternativement chaque année un candidat au rectorat. Cette année c'était le tour de la Faculté de médecine. Cependant la *Gazette nationale* assure que la politique n'a joué aucun rôle dans l'affaire.

(*Journal de Genève*, 16 août.)

Les étudiants israélites en Russie. — Les journaux russes viennent de faire le recensement des étudiants israélites qui fréquentent les Universités russes. Leur nombre est surtout élevé pour les Facultés de médecine, où on compte, en général, 224 pour 1000 étudiants. A Kharkoff, leur nombre atteint la proportion de 41,5 0/0 à Dorpat 28,2 0/0, à Kieff

20,2, etc. On sait que le nombre des israélites est limité à 5 0/0 dans les Académies russes, aussi le Ministre de l'Instruction publique vient-il de prendre des mesures pour qu'à l'avenir on ne dépasse pas ce chiffre à Kharkoff. Aussi, à cause de la réduction du nombre des juifs qui seront admis aux cours des Universités russes, beaucoup de jeunes gens israélites qui ont achevé leurs études dans les gymnases sont partis pour l'étranger.

Dévouement d'un médecin. — Les journaux anglais constatent que M. W. C. Lysaght, médecin attaché à l'hôpital royal de Bristol, a sacrifié sa vie pour sauver un malade. Un homme avait été admis, il y a une quinzaine de jours, à l'hôpital, comme atteint d'une affection de la gorge que l'on considérait comme une diphthérie. L'opération de la trachéotomie fût faite par M. Lysaght; mais le tube s'étant engorgé, le malade ne pouvait être sauvé que si quelqu'un appliquait ses lèvres à l'extrémité de cet instrument et aspirait le pus. M. Lysaght opéra cette succion, mais sans résultat, car le malade mourut peu de temps après d'une scarlatine. M. Lysaght fut atteint de la diphthérie et mourut aussi. On va placer une plaque à l'hôpital en souvenir de lui.

Une leçon salutaire. — Le *Medical Record* du 25 juin rapporte que le docteur W.-J. Cruikshank, de Brooklyn, a récemment intenté des poursuites à un sieur W. Gordon, pour le fait suivant. Ce dernier était allé chez la mère d'un enfant soigné par le docteur, pour l'engager à faire venir immédiatement un autre médecin, parce que, suivant lui, le docteur Cruikshank n'était pas même capable de soigner un chien malade. Traduit de ce chef devant la Cour suprême, Gordon a été condamné à payer au plaignant la somme de 1,600 dollars, à titre de dommages-intérêts. Ce dernier avait réclamé 50,000 dollars.

Nous trouvons cet arrêt parfaitement juste. On fait et défait la réputation d'un médecin avec la plus grande désinvolture; tout le monde le considère comme de bonne prise et personne ne se rend compte du mal, parfois irréparable, qu'on fait à un médecin par des propos, souvent inconsidérés à la vérité, mais qui n'en sont pas moins fort injustes, et qui le frappent dans son honneur, dans sa dignité et dans ses intérêts. Maintes fois, malheureusement, le public ne fait que répéter ce qu'il a entendu dire par les « excellents » confrères du médecin en cause, et si l'on voulait modifier les dispositions du public à l'égard des médecins, sous ce rapport, il faudrait que ceux-ci donnent l'exemple.

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 100 Samedi 27 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE

—

Les injections hypodermiques de sels de fer

Par S. Losio (1).

Depuis plusieurs années, l'auteur s'est occupé des injections hypodermiques de sels de fer dans le but principal d'obtenir dans le moins de temps possible la *restitutio ad integrum* du sang, détérioré par diverses causes.

Il a voulu prouver dans ce travail que les injections hypodermiques répondent réellement au but qu'il s'est proposé et que leur efficacité thérapeutique est prompte et capable de s'opposer aux rechutes qui attendent fatalement le malade dans ces affections.

Les sels dont il s'est servi sont : le lactate de fer, le pyrophosphate de fer sodique, l'albuminate de fer, le citrate de fer, le tartrate de fer, le sulfate de fer alcoolisé, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal ; tous ont été employés en solution aqueuse de 0,50 à 1 gr. 0/0 ; quelquefois 1,50 0/0. Il a toujours voulu employer l'eau pour véhicule parce que sa pensée était de trouver une méthode de préparation simple, susceptible d'une certaine durée. De fait, on a pu conserver une solution de lactate de fer à 1 0/0 pendant trente jours sans qu'elle se soit troublée, quoique l'eau ne fut pas distillée, et qu'on ne se fût pas même assuré de sa pureté.

Les sels doivent être chimiquement purs et c'est là la condition *sine qua non* pour que l'effet obtenu corresponde pleinement à l'attente du médecin.

L'auteur cite ensuite les observations suivantes :

Obs. I. — Maria Levati, 25 ans, de San-Fiorano ; forte anémie par métrorrhagies répétées.

(1) Traduit et analysé de la *Rivista clinica*, mai 1887.

20 juillet 1883. Injection hypodermique au bras avec une seringue de Pravaz pleine de pyrophosphate de fer sodique à 10 0/0. L'injection produit une douleur aiguë et un peu de gonflement.

23 et 27 juillet. Injections à la cuisse droite qui produisent constamment des douleurs assez fortes pour mettre en danger la bonne volonté de la malade.

30 juillet : 4e injection. On emploie la solution de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, après s'être assuré de la pureté de la préparation. Le malade déclare cette injection moins douloureuse que les précédentes et assure que depuis quelques jours elle se sent plus de force et que les forces vont en augmentant depuis la première injection.

1er août : 5e injection. Douleur cuisante au point lésé. Ouverture d'un petit abcès au bras produit par la première injection. Augmentation des couleurs et des forces.

2, 3, 4, 5, 6 août : injections chaque jour. Rien de particulier à la suite de ces injections : augmentation des forces; la conjonc ivite est plus injectée.

Les règles étant arrivées, les injections furent suspendues et ne furent pas reprises par suite de l'amélioration progressive et graduelle, et parce que la malade, se sentant suffisamment améliorée, ne voulut plus se soumettre au traitement.

Obs. II. — Angela Funagalli, femme Villa, 36 ans de San-Fiorano. Femme amaigrie et anémiée par un allaitement prolongé. Bronchite des sommets. Catarrhe gastrique.

22 août 1883. Injection de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal sans douleur spéciale.

23, 24, 26, 27, 28, 29, 31 août, 1er et 3 septembre, injection chaque jour.

Le traitement laisse la malade dans le *statu quo*.

La bronchite n'a pas changé, et l'anémie a à peine diminué. La malade meurt au printemps suivant de phthisie pulmonaire.

Obs. III. — N. N., 34 ans, de Lesmo ; sans aucun antécédent pathologique. Elle vit depuis plusieurs mois dans un milieu ou abonde la phthisie. Depuis un mois environ, elle est atteinte de bronchite de la base gauche à marche insidieuse. Le 13 novembre 1883, elle fut prise de frissons et de forte fièvre, puis d'un commencement de pneumonie gauche qui, au bout de 8 jours d'une marche normale, prit une allure lente telle que l'auteur consulta son ami le Dr C. Sirtori, et que tous deux furent d'avis d'une tuberculose pulmonaire probable. En même temps qu'un traitement approprié, on lui conseilla en même temps les injections de sels de fer, et on employa la solution de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal à 10 0/0 les 3, 4, 5,

6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16 et 17 décembre. Les 5 dernières injections furent portées à la dose de 0,15 centigrammes de pyrophosphate ; elles ne produisirent ni abcès, ni enflure, ni aucun autre inconvénient. L'injection produisait chaque fois un brûlement très supportable et qui durait une dizaine de minutes. La malade sentait une amélioration graduelle et telle que, comme les précédentes, elle disait que la piqûre la réconfortait.

A cette époque, le 17 décembre, elle entrait en pleine convalescence et les injections furent supprimées. La malade, au bout de un an et demi, est morte de tuberculose pulmonaire.

Obs. IV. — Thérésa Casiraghi, 24 ans, de Camparada. Anémie grave par hémorrhagie *post partum.*

Juin 1884 : 7, 9, 11. Injections de pyrophosphate de fer iodique.

Le 14. Injection d'albuminate de fer à 10 0/0, laquelle ne cause pas de douleur spéciale, mais un léger brûlement beaucoup moindre que celui que produit l'injection de pyrophosphate de fer.

A partir de ce jour, la malade, qui était à bout de forces et très pale, se sent mieux.

16 juin, 5e injection.

Le 18. Injection de lactate de fer à 10 0/0.

La malade se sent mieux, mais ne veut plus se soumettre à l'expérience.

Les deux dernières injections ont été douloureuses, mais n'ont pas *donné* d'abcès, non plus que les précédentes. Seulement une légère induration au niveau de la piqûre.

La malade s'est bientôt remise complètement.

Obs. V. — P. A.; 45 ans. Pneumonie catarrhale ulcéreuse.

Juin 1884 : 8, 11 et 14. Injections de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. La malade ne veut plus continuer le traitement. Les injections n'ont produit aucun résultat digne d'être signalé.

Obs. VI. — Luigi Fumagalli, 39 ans. Pleuro-pneumonie gauche avec anémie grave consécutive ; pâleur et œdème de la face, plus prononcée encore aux extrémités inférieures.

19 août 1884 : Injection de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal à 10 0/0, qui est employée quoique la solution soit trouble. Cette injection produit une douleur qui dure deux heures, mais sans autre conséquence.

22 août. On refait une solution du même sel, en s'assurant de sa pureté.

L'injection marche bien et ne produit aucune douleur appréciable.

Août : 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31. Injections comme précédemment.

On relève pendant deux soirs une légère augmentation de la tem-

pérature; aussi fait-on succéder à l'injection habituelle, au même point et sans retirer l'aiguille, une autre injection de bichlorhydrate de quinine (0,20).

Septembre : 1er. 11e injection.

Le 8. Injection sans chlorhydrate de quinine.

Le malade est presque complètement guéri; la pâleur et l'œdème ont disparu.

La guérison parfaite ne tarde pas à se produire.

L'auteur déclare qu'il avait un grand nombre d'autres observations qui se sont malheureusement perdues.

Conclusions.— 1° L'action thérapeutique des sels de fer introduits par la voie hypodermique est plus efficace et plus prompte que par les voies digestives.

2° De tous les sels, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal est celui qui répond le mieux au but qu'on se propose.

3° Il faut citer ensuite le lactate de fer et l'albuminate, qui sont recommandables parce qu'ils ne donnent pas naissance à des abcès et que le brûlement qui se produit est peu durable et peu intense.

L. Greffier.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Un nouveau symptôme de la méningite tuberculeuse. — Le Dr *Skeer*, cité par l'*Union médicale du Canada*, a attiré l'attention de la Société pathologique de Chicago sur un signe qui n'a encore été mentionné, que nous sachions, par aucun auteur classique, et qui se montrerait invariablement au cours de la première ou de la seconde période de la tuberculose des méninges. Ce symptôme consiste en un petit cercle qui se montre sur l'iris, tout près du bord pupillaire qu'il entoure complètement. Quand ce cercle commence à apparaître, il est plus ou moins indistinct et ressemble à une bandelette blanchâtre et quasi transparente dont le bord interne s'étend tout d'abord jusqu'au bord libre de l'iris. Au bout de douze à trente-six heures, tout le bord de l'iris est envahi et a pris une couleur blanchâtre, avec aspect irrégulier et granuleux. Ces altérations, qui commencent simultanément dans les deux yeux, sont plus apparentes dans les iris de couleur brune. Elles disparaissent parfois assez rapidement (d'où la nécessité d'examiner les yeux chaque jour), et font place à des anneaux jaune-brunâtres qui augmentent de dimension en même temps que se fait la dilatation de la pupille.

M. Skeer incline à croire que ces altérations sont de nature tuber-

culeuse. Pour lui, elles sont pathognomoniques de la méningite tuberculeuse, dont elles établissent le pronostic en même temps que le diagnostic.

SUR UNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC. — Le Dr Albert *Mathieu* publie cette méthode dans le *Progrès médical*, d'après les leçons de M. le professeur Germain Sée. La dilatation d'estomac peut être d'origines diverses : 1° dilatation par lésion organique du pylore et rétrécissement de cet orifice ; 2° dilatation par dégénérescence de la fibre musculaire des parois stomacales ; 3° dilatation par atonie, par faiblesse générale ; 4° dilatation par l'atonie musculaire qui, après avoir alterné avec les phénomènes d'excitation exagérée chez les neurasthéniques, finit par prédominer et par persister.

Dans les deux premières catégories, il est difficile d'instituer un traitement curatif. La troisième forme, étudiée par le professeur Bouchard, s'établit progressivement sans attirer l'attention ; elle est due à une sorte de faiblesse congénitale de la fibre musculaire ; l'estomac, incapable de résister, se laisse progressivement distendre par le poids des aliments. La dernière forme s'observe chez des névropathes qui souffrent beaucoup de leur estomac, et dont les accidents gastro-intestinaux s'observent à la suite d'émotions, de frayeurs. Le traitement de M. Mathieu s'applique à ces deux dernières formes.

Ce traitement consiste à : 1° *éviter la surcharge alimentaire*. On doit supprimer de l'alimentation les substances qui laissent des résidus abondants : légumes verts, salades, fruits verts, féculents, et, d'une manière générale, tous les légumes, sauf une petite quantité de pommes de terre. Il faut augmenter le nombre des repas et diminuer la masse des aliments ingérés à chacun d'eux. Il faut se défier du vin si souvent frelaté, mais la bière, prise *seulement* au repas, peut être utile. Lorsqu'il y a des sensations douloureuses, M. G. Sée recommande l'usage des boissons chaudes : thé léger chaud le matin, grog léger chaud le soir ; il ne tolère pas d'autres boissons, mais il laisse les malades boire à leur soif.

2° *Assurer la régularité des fonctions intestinales*. M. G. Sée recommande une poudre composée de magnésie, de crème de tartre et de soufre précipité mélangés en portions égales. Il en fait prendre une cuillerée à café au commencement de chaque repas. On peut encore faire prendre chaque matin un demi-lavement additionné d'une ou deux cuillerées à bouche de glycérine. Souvent les lavements froids agissent mieux que les lavements tièdes.

3° *Relever le tonus général*. Pour cela les douches d'abord tièdes, puis froides, réussiront à merveille. Ces douches doivent être en

pluie, d'une durée de vingt-cinq à trente secondes, et données tous les deux jours.

4° *Relever plus particulièrement la tonicité de la fibre musculaire de l'estomac.* La gastrectasie n'est, en quelque sorte, qu'une sorte d'asystolie de l'estomac ; ce que la digitale fait pour le cœur, un autre médicament pourrait le faire pour l'estomac. On peut employer la fève de Calabar, la noix vomique ; mais c'est surtout l'ipéca qui paraît réussir le mieux ; on l'administre dans du sirop d'écorces d'oranges :

Poudre d'ipéca.................	2	grammes.
Eau..........................	150	—
Sirop d'écorces d'oranges........	150	—

Une ou deux cuillerées à bouche le matin tous les deux jours. Si le malade ressent du dégoût, on peut l'administrer sous forme de cachets de 0,02 à 0,05 centigrammes. L'ipéca, pour réussir, doit agir sur une fibre musculaire suffisamment intègre et non dégénérée.

5° *Calmer les douleurs.* L'usage des boissons chaudes calme la gastralgie. On peut se servir encore de l'eau chloroformée, ou du chlorhydrate de cocaïne à la dose de 5 à 10 centigrammes. La présence des crises douloureuses ne contre-indique pas l'usage de l'ipéca; les douleurs diminuent à mesure que les autres phénomènes pseudo-dyspeptiques : ballonnement du ventre, renvois, pesanteur, malaise, courbature générale, disparaissent également.

Anesthésie oculaire par le chlorhydrate d'apomorphine. — Le Dr *Stocquart* (*Journal des sc. méd. de Lille*, 14 janv. 1887) a répété les expériences de Bergmeister et Ludwig (1885), sur l'action anesthésique locale de l'apomorphine. Avec 8 gouttes d'une solution à 2 0/0 instillées dans l'œil d'un chat, on obtenait l'anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive pendant cinq à dix minutes. Sur l'homme, 6 à 12 gouttes d'une solution à 1 0/0 donnaient le même résultat ; en même temps que l'anesthésie, on constatait de la dilatation pupillaire, un peu de nausées, puis de la sécheresse de la conjonctive.

Dans les affections externes de l'œil, l'apomorphine rend des services comparables à ceux de la cocaïne.

Son utilité est incontestable dans les cas où des poussières ou autres corps étrangers ont pénétré dans la cornée ou la conjonctive. Il agit de même dans les cas de conjonctive phlycténulaire, en permettant au malade de mieux supporter la lumière. Dans les autres formes de conjonctivite, l'apomorphine amène du soulagement en diminuant les sensations désagréables dont la muqueuse oculaire est le siège. En cas d'opérations de courte durée à pratiquer dans

cette région, ce médicament constitue un utile adjuvant pour le chirurgien.

DES PROPRIÉTÉS DÉSINFECTANTES DE LA COCAÏNE. — Lorsqu'on atteint, dans l'emploi de la cocaïne ou de ses sels, une certaine dose, on s'aperçoit que les diverses sécrétions et excrétions : sueur, urine, haleine, produits de suppuration, etc., et même les matières fécales, perdent peu à peu leur fétidité, au point de devenir tout à fait inodores.

M. *Luton* (*Union médicale du Nord-Est*) se demande à ce propos si nous n'avons pas là l'antiseptique médical si demandé en ce moment, car il n'y aurait pas à redouter de ce fait les violences traumatiques de l'acide phénique, du sublimé, etc., et l'efficacité du moyen ne paraît guère douteuse.

C'est dans la fièvre typhoïde, à la période adynamique, avec ulcères intestinaux et diarrhée fétide, qu'il y aurait lieu tout d'abord d'employer le nouveau désinfectant. On bénéficierait ici de la double propriété de l'agent, comme antiseptique et comme névrosthénique. A. CH.

MEMENTO PRATIQUE

EMPLOI DE L'ORTIE BLANCHE COMME HÉMOSTATIQUE. — M. *Florain*, qui a fait un certain nombre de recherches sur les propriétés antihémorrhagiques de l'ortie blanche, croit pouvoir mettre cette plante au rang de l'urtica dioïca et de l'urtica minor, comme agent hémostatique.

L'auteur a obtenu avec l'ortie blanche un succès dans un cas de métrorrhagie où le seigle ergoté, l'alun, le tanin et le perchlorure de fer avaient échoué à leur tour. Le médicament qu'il emploie est préparé selon la formule suivante :

Teinture d'ortie blanche	100	grammes.
Sirop simple	50	—
Eau	25	—

A prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit arrêtée ; ensuite une cuillerée toutes les quatre heures.

L'effet du médicament paraît être dû au tannin et à l'acide gallique qui existent dans la plante, ainsi qu'il résulte des analyses de Saladin, et peut-être aussi à un principe actif spécial que M. Florain pense avoir réussi à isoler et qu'il appelle la *lamine*. Cet alcaloïde pourrait constituer, suivant l'auteur, un succédané de *l'Hamamelis*

virginica, du *gossypium herbaceum*, de *l'ustilago maidis*, de *l'ambrosia artemisiœ folia* et de *l'hydrastis canadensis*.

TRAITEMENT DU PITYRIASIS VERSICOLOR (*E. Besnier*). — Commencer par frictionner la peau avec du savon au goudron, puis faire chaque soir des frictions avec la pommade suivante :

Lanoline..........	àà	50 grammes.
Vaseline..........		
Acide salicylique........		3 —
Soufre précipité.........		10 —

Le matin, on l'enlève par des lavages. Au bout de huit jours, l'examen microscopique permet de constater qu'il n'existe plus que de rares parasites et la guérison peut bientôt être regardée comme assurée.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 3 *juin* 1887. — *Présidence de* M. RENDU.

M. *Cartaz* fait une communication sur la tuberculose du nez. Il en distingue deux formes : 1° l'ulcère tuberculeux ; 2° la gourme tuberculeuse ou granulome. A côté de ces deux formes, il réserve une place à part au lupus du nez (V. *France méd.*, n° 84, 85, 86 et 87).

M. *Gilbert.* — Ne faudrait-il pas également ranger dans la tuberculose nasale, et à une place spéciale, le coryza chronique des scrofuleux ?

M. *Rendu.* — La gomme tuberculeuse est rare dans le larynx, dans la langue, dans le rectum, sur quels signes peut-on se fonder pour en affirmer la nature lorsqu'elle occupe les fosses nasales ?

M. *Cartaz.* — Le diagnostic est à peu près impossible d'après les caractères cliniques, mais il peut être établi par l'examen histologique.

Les secrétaires des séances,
A. GILBERT, M. LEBRETON.

BIBLIOGRAPHIE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR, par *Constantin Paul*, 2e édition revue et corrigée (Paris, 1887, Asselin et Houzeau édit.).

La 2e édition du *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, de M. le Dr Constantin Paul, n'est pas une simple réimpression de la

première et l'on y trouve d'assez nombreuses modifications ou additions.

C'est ainsi, par exemple, qu'à propos des palpitations, le Dr C. Paul, se trouvant amené à parler de l'hypertrophie de croissance, discute pour la rejeter l'opinion du Prof. G. Sée. « On dit, écrivait en 1883 le professeur G. Sée, que les palpitations mènent à l'hypertrophie et on en donne comme raison que le cœur travaillant plus qu'à l'état normal doit se développer comme le biceps de l'ouvrier qui se sert constamment de ses bras ; or le fait n'est pas exact. » Mais, dans une deuxième manière de voir, deux ans plus tard, en 1885, M. le professeur Sée annonçait que depuis treize ans il avait constaté pendant la seconde enfance, de 8 à 16 ans, une hypertrophie du cœur produite par la croissance. Tel n'est pas l'avis du Dr C. Paul. « J'ai bien vu, dit-il, des enfants présenter des palpitations violentes en rapport avec une croissance rendue difficile par le nervosisme sans pouvoir constater que la croissance seule pût les conduire à l'hypertrophie, tout au plus pourrait-on admettre des dilatations passagères. Voilà pourquoi j'ai laissé la croissance dans la catégorie des troubles fonctionnels et non des maladies organiques. »

Nous pourrions multiplier les exemples et montrer que dans cette 2e édition le Dr Constatin Paul a su s'inspirer des travaux les plus récents et les soumettre à une critique sévère ; il nous suffirait pour cela de passer en revue chacun des chapitres de son important traité : l'angine de poitrine où il donne un bon résumé de cette question toujours discutée ; la maladie de Basedow, cette névrose qu'il ne conserve dans son traité des maladies du cœur que pour se conformer à l'usage ; la rupture du cœur, où il rapporte l'autopsie du professeur Panum, etc.

Dans ces dernières années, la thérapeutique des affections du cœur s'est enrichie d'un certain nombre de médicaments nouveaux ; aussi la 2e partie de l'ouvrage a-t-elle dû subir aussi quelques additions. Parmi ces médicaments, nous citerons l'adonis vernalis et l'adonidine dont le Dr Eugène Armand Durand est enthousiasmé à ce point qu'il en arrive à ne plus voir que des inconvénients à la digitale, tandis que le Dr C. Paul n'a pu en obtenir aucun heureux résultat, peut-être à cause de la qualité inférieure des produits (?)

La convallaria maïalis, soit sous forme d'alcoolature, soit plutôt sous forme d'extrait aqueux, est un excellent tonique du cœur et surtout un tonique du myocarde. Sous son influence, « on voit en effet l'arythmie se modifier et cesser même quelquefois complètement dans le cas de cardio-sclérose par athérome généralisé ». Quant à son action diurétique annoncée par G. Sée, Hiller et Kalmyk, le Dr C. Paul n'a pu la constater.

La spartéine, la grindelia robusta et quelques autres médicaments nouveaux ont également trouvé place dans cette édition.

Nous ne saurions insister davantage sur un ouvrage dont l'utilité pratique n'est plus à démontrer et dont la 2e édition, ainsi mise au courant de la science, sera, nous n'en doutons pas, aussi vite épuisée que la première.

E. DESCHAMPS.

LES MÉTHODES ANTISEPTIQUES DE PANSEMENT EN TEMPS DE PAIX ET EN TEMPS DE GUERRE, par le Dr *Jean Habart*, traduit de l'allemand par le Dr *Frédéric Weiss* (Paris, 1887, G. Steinheil édit.).

Ce petit opuscule (150 pages) est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur, après avoir rappelé comment ont pris naissance les différentes théories de la fermentation et de la putréfaction, expose le but de la chirurgie antiseptique et parcourt rapidement les divers moyens dont elle dispose en temps de paix. Après avoir passé en revue les divers agents antiseptiques (alun, alcool, benjoin, acide borique, chloral, chlorure de chaux, acide phénique, etc.), il dit quelques mots du drainage, de l'irrigation antiseptique, du pansement à ciel ouvert, du matériel de pansement et de sa préparation (gazes phéniquée, iodoformée, au sublimé, coton salicylé, jute antiseptique); la fixation des pansements, les sutures, les éponges, les signes de la marche normale d'une plaie, les symptômes de la septicité des plaies, etc., l'arrêtent aussi quelques instants. Les pansements peuvent d'ailleurs se diviser en deux grandes classes : les pansements dessicatifs (avec poudres sèches, étoffes sèches antiseptiques, substances dessicatives, sphaigne, ouate de bois au sublimé, pansement ouaté de Guérin) et les pansements antiseptiques humides et occlusifs. Ces derniers comprennent le pansement humide à l'alcool, à l'ouate, à la jute phéniquée, à la gaze phéniquée, au chlorure de zinc, à l'acétate d'alumine, à la gaze eucalyptique, avec les différentes variétés d'huiles et d'onguents.

La chirurgie de guerre, qui forme la 2e partie, comprend les premiers secours sur le champ de bataille, les paquets à pansement, l'antisepsie en campagne, les soins à donner au blessé sur le front de bataille, le poste de secours, le poste de pansement, l'ambulance, l'immobilisation des fractures par armes à feu, les hôpitaux de campagne et un résumé des pansements au poste de secours, à l'ambulance, à l'hôpital de campagne.

Pour étudier complètement un aussi vaste programme, il aurait fallu un ou même plusieurs gros volumes ; aussi n'est-ce pas un traité d'antisepsie chirurgicale que les auteurs présentent au public médical, mais bien une sorte de memento qui n'est pas sans utilité.

E. DESCHAMPS.

Conférences médicales sur la malaria, par *S. E. Mavrogény-Pacha* (Paris, 1887, typogr. Morris).

« Appelé par la confiance bienveillante de S. M. I. le Sultan, son magnanime Maître et Seigneur, à la charge de premier Inspecteur général des hôpitaux civils et militaires de la capitale et de l'Empire, ainsi que des Ecoles de médecine », le Dr Mavrogény-Pacha a cherché à relever « l'esprit scientifique des docteurs préposés à ce service si important pour l'armée et pour l'humanité » et à les bien convaincre que les médecins qui y ont dévoué leur existence doivent être pénétrés de sentiments nobles et généreux, tout d'abnégation. « Qu'ils ne croient plus que leur service est un simple gagne-pain et uniquement un moyen de parvenir aux grades et aux honneurs ; mais que les hôpitaux sont une arène où l'on doit cultiver la science, et la faire progresser, pour le bien de l'humanité et la gloire » de l'empire ottoman.

C'est dans ce but et pour « stimuler le zèle des jeunes adeptes de la science d'Esculape » que le Dr Mavrogény-Pacha a commencé une série de conférences sur les différentes maladies endémiques et épidémiques qui sont le plus à redouter dans l'armée et dans la population ». Ce sont ces premières conférences, faites sur la malaria, à l'hôpital militaire de Bégler-Bey, que l'auteur livre aujourd'hui à la publicité. Plus d'un point, dans ces conférences écrites en français, pourrait prêter à la critique, mais elles sont la preuve d'une tendance trop louable et de trop nobles efforts à relever le niveau scientifique de la Turquie pour que nous puissions faire autre chose que d'encourager les jeunes Ottomans « adeptes de la science d'Esculape » à profiter des sages conseils et des leçons éclairées de leur Inspecteur général, S. E. Mavrogény-Pacha.

E. Deschamps.

NÉCROLOGIE

Le Dr Fraysse, de Lacapelle-Marival, maire de sa commune et conseiller général depuis 1871, vice-président du conseil général, est mort subitement le mardi 23 août à l'âge de 66 ans.

Le Dr Grammaire, médecin de l'état civil du Xe arrondissement.

Le Dr Rousseau (Jean-Baptiste), ancien interne des hôpitaux de Paris (1815), mort le 13 juillet, à l'âge de 91 ans, à Epernay, où il était chirurgien de l'hôpital, médecin de la Maison d'arrêt, médecin du chemin de fer de l'Est et vice-président de l'Association des médecins de la Marne.

Le Dr Demeaux, d'Aix-les-Bains, mort à l'âge de 56 ans.

Le Dr Pinet, de Pont-de-l'Arche, décédé à l'âge de 45 ans.

NOUVELLES

MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — MM. les Drs Rœser et Chenet sont, par arrêté préfectoral en date du 16 août, nommés médecins de l'état civil du Xe arrondissement et chargés, en cette qualité, des 3e et 5e circonscriptions modifiées par le même décret.

ECOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — M. Nocard, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole d'Alfort, est nommé directeur de cette école en remplacement de M. Goubaux, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — M. le Dr Albert Blum, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et professeur agrégé à la Faculté de médecine, est nommé médecin en chef adjoint de la Compagnie des chemins de fer P. L. M.

CONSOMMATION DE LA BIÈRE EN FRANCE. — Jusqu'ici, en France, c'est la ville de Nantes qui consomme le moins de bière : 4 litres par an et par habitant. Viennent ensuite Angers, 5 litres ; Rennes, 6 litres ; Le Mans, Caen, Saint-Étienne, Nîmes, chacun 7 litres ; Bordeaux et Cette, 8 litres ; Lyon et Marseille, 9 litres ; Toulon, Orléans, Montpellier, 10 litres ; Toulouse, Limoges, Clermond-Ferrand, 11 litres ; Paris, 12 litres par habitant, ainsi que Nice, Tours et Troyes ; Rouen et Béziers, 14 litres ; Brest, 16 litres ; Grenoble, 17 litres ; Lorient, 18 ; Versailles, 19 ; Dijon, 20 ; Le Havre, 22 ; Besançon, 26 ; Saint-Denis, 36 ; Reims, 39 ; Nancy, 48 ; Boulogne-sur-Mer, 78 ; Amiens, 100 ; Dunkerque, 145 ; Roubaix, 211 ; Tourcoing, 222 ; Saint-Quentin, 284 ; Saint-Pierre-lès-Calais, 238 ; et enfin Lille, 301.

A Munich, la consommation dépasse pour une année 400 litres par tête

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 14 *au* 20 *août* 1887. — Fièvre typhoïde 18 — Variole, 11. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 18. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52.

Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 28. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 2. — Maladies organiques du cœur, 47.

Bronchite aiguë et chronique, 34. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 54.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 162.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 16. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 35. — Autres causes de mort, 118. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 885. — Résultat de la semaine précédente : 973.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 101 Mardi 30 Août 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

L'Antipyrine.

D'après les travaux de Cattani (*de Milan*).

L'antipyrine récemment lancée dans la thérapeutique paraît devoir y jouer un rôle assez important.

Parmi les médecins qui l'ont étudiée avec le plus de soin, il faut citer Cattani, médecin du grand hôpital de Milan, qui lui a consacré un intéressant travail publié dans la *Gazetta medica Italiana-Lombardia* (1886).

On sait que la découverte de l'antipyrine est due à Knorr (d'Erlangen) (1884).

L'antipyrine est une dimethyloxychinizine.

Nous ne nous arrèterons dans cet article qu'à la question purement thérapeutique.

Le pouvoir que possède l'antipyrine d'abaisser la température ayant été observé par Filehene, l'indication la plus directe et la plus naturelle était d'expérimenter ses effets toutes les fois que la nécessité de vaincre la fièvre était manifeste. Aussi Filehene le premier, et ensuite une longue suite d'expérimentateurs l'administrèrent-ils pour combattre la fièvre, et si l'on examine les résultats obtenus, on voit que peu de processus fébriles ont échappé à l'expérimentation de l'antipyrine et que la concordance des résultats a été étonnante. Cattani a voulu soumettre les résultats à la vérification directe.

Fièvre typhoïde. — L'antipyrine exerce dans cette maladie une action antipyrétique des plus sûres, des plus constantes et des plus durables. En thèse générale, on peut dire qu'il suffit de très petites doses administrées à de courts intervalles (de une à deux heures) pour obtenir un abaissement assez notable de la température, lequel,

peu à peu, s'accentue, jusqu'à amener une défervescence très manifeste et l'apyrexie.

Ces résultats sont encore plus évidents et plus prompts en employant des doses un peu élevées, avec cette différence que, tandis que dans le premier cas la température fébrile s'abaisse graduellement et ne se maintient que par la continuation du médicament, dans le second, au contraire, l'abaissement de la température dure longtemps après, et est à la fois plus immédiat et plus significatif, en arrivant non seulement à une température normale, mais même bien inférieure à celle-ci, alors même que le degré de l'élévation fébrile était considérable.

La fièvre ne revient que plusieurs heures après la suspension du médicament.

Les auteurs sont unanimes à affirmer que ce remède n'a aucune influence sur la durée de la maladie.

Bielschowski reproche à l'antipyrine de déterminer facilement le collapsus chez les phthisiques. Cattani ne l'a jamais observé. Il conclut que, si l'antipyrine ne jugulo pas la fièvre typhoïde, elle la modère au moins notablement, et retient la température dans les limites où elle n'est pas dangereuse.

Au point de vue de l'administration, l'antipyrine, donnée dans les premières heures du matin, est incontestablement plus efficace que lorsqu'on la donne le soir.

Pneumonie croupale. — Cattani ne peut attribuer, en pareil cas, une grande valeur à l'antipyrine, parce que ses observations ont été trop rares. Cependant, il déclare qu'elle lui a paru supérieure à tous les autres antipyrétiques.

Pleurésie. — A la dose de 4 à 5 grammes dans les vingt-quatre heures, pris sous forme fractionnée, on obtient une température très peu élevée et une fièvre à peine marquée.

Phtisie pulmonaire. — Dans la phtisie, l'antipyrine sert à combattre la fièvre, mais d'une façon purement symptomatique, et comme un hypothermique transitoire ; dès qu'on en cesse l'usage, l'élévation de la température revient avec la même intensité.

Tuberculose miliaire aiguë. — L'antipyrine a été essayée dans un cas de tuberculose miliaire aiguë. Elle a agi comme hypothermique, mais d'une manière fugace, et sans aucune modification sur la marche inexorable de la maladie qui amena bientôt la mort.

Rhumatisme articulaire aigu. — On observe une influence marquée sur le processus fébrile; elle combat en même temps les douleurs, et au bout de très peu de temps les malades sont débarrassés, ou tout au moins très soulagés, de leurs terribles souffrances.

Masius conseille de continuer l'usage de l'antipyrine encore huit

ou dix jours après que les douleurs et les autres manifestations ont cessé. La dose doit être de 3 à 5 grammes par jour.

Dans les cas observés par Cattani, l'antipyrine a été très efficace. Elle a eu cet avantage sur le salicylate de soude d'être mieux tolérée par l'estomac, et de ne pas donner naissance comme celui-ci à des phénomènes de surdité, à des tintements d'oreilles et à des vertiges. Cuttani donnait de 8 à 10 grammes par jour.

Les résultats ont porté également sur la durée de la maladie; cette durée a été généralement plus courte que par le traitement salicylique.

L'endocardite qui accompagne si fréquemment le rhumatisme articulaire ne constitue pas une contre-indication à l'administration de l'antipyrine. Au contraire, avec l'amélioration du rhumatisme, on constate une amélioration sensible du processus endocardique, qui finit même par disparaître entièrement.

Pour les récidives, en continuant l'usage de l'antipyrine pendant quelques jours après la cessation des douleurs, on les évite le plus souvent.

Rougeole. — L'antipyrine rend de grands services lorsque l'élévation de la température met en sérieux danger la vie des petits malades. Dose : 25 à 50 centigrammes. On la répètera en se guidant sur le thermomètre et s'arrêtant lorsque la température sera en dessous de 38°5.

Fièvre intermittente. — 4 grammes d'antipyrine ont servi à couper l'accès pendant quelques jours, mais sans amener la guérison consécutive.

Infection puerpuérale. — On a observé de bons résultats, notamment dans la péritonite puerpuérale. La température est tombée en deux heures de 41°9 à 38°5; le délire et la stupeur ont disparu.

Mais l'antipyrine a été sans action sur le météorisme, qui était assez considérable pour mettre la vie en péril.

Relativement à la durée de la maladie, on ne peut dire que l'antipyrine la supprime ou l'abrège, mais les symptômes sont moins pénibles, la guérison est plus constante, et le médicament n'a par lui-même aucun inconvénient.

Hémorrhagies. — On emploiera utilement l'antipyrine dans les cas où il est possible d'arrêter sur place l'hémorrhagie ; par exemple, en suppositoire contre le flux hémorrhoïdal, ou encore dans les hémorrhagies dues au carcinome utérin en enduisant de petits plumasseaux avec la pommade à l'antipyrine.

L'usage interne de l'antipyrine ne préserve pas des hémorrhagies.

Doses et mode d'administration. — L'antipyrine doit être donnée par la voie stomacale. Les doses ont beaucoup varié suivant les au-

teurs, les uns ont donné de 2 à 6 grammes par jour, d'autres de 4 à 8, d'autres jusqu'à 25 grammes. Cependant, Cattani fait observer que le plus grand inconvénient de l'antipyrine étant de provoquer des vomissements, on ne doit pas dépasser 1 gramme à la fois, et même 50 centigrammes la première fois pour tâter la susceptibilité du malade. On administrera le médicament à petites doses, à intervalle de une heure et plus, de manière à atteindre de 4 à 6 grammes par jour. Lorsque le degré de la fièvre est très élevé, et qu'il veut obtenir un prompt abaissement, il donne d'abord une première dose de 2 grammes, qu'il fait suivre de petites doses à intervalle variable.

Il faut donner l'antipyrine dans les premières heures du matin. Mais dans les fièvres élevées, l'antipyrine sera administrée non seulement dans la matinée, mais pendant toute la journée, et même dans la soirée s'il est nécessaire.

L'antipyrine ne doit pas être donnée après les aliments, sous peine de produire infailliblement le vomissement.

Le thermomètre indique non seulement le moment de l'administration, mais encore la dose à administrer, qui se règlera sur l'élévation de la température.

L'antipyrine doit-elle être donnée en poudre ou en solution, avec ou sans correctifs? La forme de poudre est recommandée par l'auteur.

Les solutions d'antipyrine dans l'eau ont été corrigées par l'addition d'eaux aromatiques, mais n'ont pas présenté d'avantages spéciaux; de même que l'addition de vin de Marsala ou de Cognac.

Les petits enfants la prennent facilement édulcorée avec un sirop.

Cattani, dans les cas d'adynamie profonde, y a ajouté l'arnica, suivant cette formule :

Fleurs d'arnica montana.........	5	grammes.
Eau chaude....................	100	—
Antipyrine............ 4, 6 ou	8	—

Pour éviter les vomissements, Rank a proposé d'employer l'antipyrine en injections hypodermiques. L'effet est beaucoup plus actif, et il suffit de 2 grammes pour produire les mêmes effets qu'avec 4 et 6 grammes par la voie stomacale. Pour l'injection hypodermique, la meilleure solution sera de 1 gramme d'antipyrine pour 50 centigrammes d'eau.

L'antipyrine peut encore être donnée en lavements; il faudra alors donner une dose double ou triple du médicament dissous dans l'eau (10 gr. dans 150 gr. d'eau (Alexander)).

D'après Cattani, on n'évite pas pour cela les vomissements; il en a observé; ils étaient à la vérité plus rares, mais se manifestaient

quelquefois avec une grande fréquence, quelques heures après l'administration du médicament.

Par la voie rectale, l'antipyrine peut encore être administrée en suppositoires :

Antipyrine.......... 0,50 à 1 gramme.
Beurre de Cacao............ 2 —

F. S. A. Un suppositoire.

Son action est alors purement locale ; elle peut être employée contre les hémorrhoïdes, mais non comme antipyrétique.

L. GREFFIER.

Dissémination du bacille de la tuberculose par les mouches.

Par MM. SPILLMANN et HAUSHALTER (1).

Quand on pénètre en été dans une salle d'hôpital, on est frappé de la persistance avec laquelle les mouches communes affluent autour des lits des tuberculeux et surtout des crachoirs, au fond desquels elles viennent pomper les produits de l'expectoration.

Les auteurs ont recueilli ces jours derniers plusieurs mouches qui s'étaient repues pendant un certain temps dans le crachoir d'un tuberculeux ; ils les ont placées vivantes sous une cloche en verre ; le lendemain, plusieurs d'entre elles avaient péri. On apercevait sur les parois interne de la cloche, sous forme de taches grises arrondies, les traces de leurs excréments.

Or, dans ces excréments ainsi que dans le contenu de l'abdomen de plusieurs mouches qui étaient mortes, et dans des excréments de mouches râclés sur les fenêtres ou sur les murs d'une salle d'hôpital, ils ont constaté la présence d'une grande quantité de bacilles de la tuberculose. D'où il résulte que la cavité abdominale des mouches qui ont absorbé des crachats tuberculeux contient des bacilles tuberculeux. Après leur vie, fort courte du reste, ces insectes se dessèchent et tombent en poussière ; les bacilles qu'ils contenaient sont mis en liberté, et comme les mouches vont mourir sur les plafonds, sur les tentures, sur les tapisseries, elles peuvent aller semer partout les germes de la tuberculose. Ces germes, elles peuvent les disséminer encore par leurs excréments, dont elles vont imprégner bien des substances alimentaires dont elles sont si friandes.

Il est peu probable que le séjour des bacilles dans le corps desséché d'une mouche ou dans ses excréments puisse altérer ou abolir

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

leur vitalité, alors que tous les expérimentateurs ont montré combien ils résistent à la dessiccation, à la putréfaction et même à l'absence d'oxygène. Des inoculations les édifieront du reste à ce sujet. Aussi paraît-il vraisemblable que des mouches qui ont vécu dans une salle d'hôpital ou dans une chambre où des crachats de tuberculeux sont exposés à l'air libre, peuvent devenir des agents de transmission et de dissémination du bacille de la tuberculose.

Pour éviter cette dissémination, soit sur place, soit dans des endroits plus ou moins éloignés des malades, il y a lieu de recueillir les crachats dans des vases en verre ou en porcelaine, munis d'un couvercle, et de les stériliser ensuite au contact de l'eau bouillante ou d'une solution d'acide phénique à 5 0/0.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Action des médicaments sur les vaisseaux périphériques, par *H. Thomson*, de l'Institut pharmacologique de Dorpat. — *Saint-Petersbgr med. Wochnschrft*, nº 27. 1887. — Les idées qu'on s'est faites jusqu'à ce jour sur l'action vaso-motrice des médicaments étaient souvent divergentes, même pour une seule substance. Les méthodes défectueuses ou insuffisantes étaient une source d'erreur. On croyait par exemple pouvoir employer dans ce genre de recherches le kymographe de Ludwig sans autre modification de la méthode. Mais la montée ou la chute de la colonne mercurielle se produit sous l'intervention de plusieurs facteurs agissant ensemble ou isolément. Il peut même arriver qu'un agent dilate nettement les vaisseaux, tandis que l'examen de la pression sanguine est muet ou dénote même une élévation, ce qui a lieu pour l'atropine. L'action vasculaire ne peut être réellement déterminée qu'en éliminant les facteurs physiologiques intermédiaires ; on y arrive en se servant de la méthode d'irrigation sanguine imaginée par Bidder de Petersbourg et employée dans la suite par Ludwig et Alex. Schmidt. Kobert l'a utilisée pour étudier l'action d'un grand nombre d'agents médicamenteux sur la circulation périphérique, et Thomson a poursuivi une partie de ces recherches sous sa direction. C'est sur les reins et les membres antérieurs du bœuf que les expériences ont été faites.

Thomson a ainsi constaté que la digitaline et la digitoxine dilatent les vaisseaux des reins, mais cette dilatation n'a lieu que dans les deux premières minutes de l'intoxication, après quoi il se produit toujours une constriction ; le même fait a lieu avec des doses plus faibles. La strophantine qui appartient au groupe de la digitale

resserre également les vaisseaux. Il en est de même de l'helléborine, de la scillaïne, de l'apocynine et d'autres alcaloïdes qui resserrent énergiquement tous les vaisseaux. La strophanthine, extraite du strophantus iné, exerce bien réellement une action vaso-constrictive, malgré les résultats contradictoires que Fraser a obtenus sur les grenouilles décapitées.

L'antifébrine n'agit pas comme la quinine et la salicine en contractant particulièrement les vaisseaux de la rate, mais en les dilatant comme la kairine, le salicylate de soude, la cinchonine, la ceukoline qui dilatent également les vaisseaux des autres organes. L'antipyrine n'exerce que peu d'action.

Si nous passons à l'action vaso-motrice des métaux, nous voyons que Kobert divise ces agents en trois groupes. L'arsenic et le fer sont assez indifférents; l'antimoine, le manganèse et le bismuth dilatent les vaisseaux; le cuivre, le mercure, l'or, le chrome, le plomb les contractent.

L'ichthyol, l'acide pyrogallique, le tannin, la résorcine dilatent plus ou moins les vaisseaux.

Ces recherches continuent celles qui ont été commencées par Kobert; elles nous fournissent des résultats purement expérimentaux sur l'action vasculaire locale, et, comme l'a dit le professeur Lépine, si on pousse plus avant l'analyse pharmaco-dynamique, on s'écarte des conditions dans lesquelles se trouve le système vaso-moteur d'un animal vivant. Les résultats ne pourront donc avoir de valeur pratique que lorsqu'ils seront complétés par des expériences analogues dans lesquelles on fera intervenir l'action du cœur et du système nerveux.

Le canadol, comme moyen d'anesthésie locale (*Pliouchkoff*, *Wratch*, n° 28). — De tous les anesthésiques locaux le plus employé est l'éther, mais son usage offre certains inconvénients. Pour qu'il réussisse, il faut qu'il ait été plusieurs fois rectifié, qu'il soit pur, ce qui en augmente le prix. Kanonnikoff, professeur de chimie, a montré que le canadol peut parfaitement être substitué à l'éther et de fait on a obtenu les résultats les plus satisfaisants à la clinique chirurgicale de Kasan. On se sert de l'appareil de Richardson que l'on tient à 5 ou 6 centimètres de l'endroit à opérer. L'anesthésie se produit au bout de trente secondes à une minute et demie, mais souvent en moins d'une minute. La substance ne paraît pas produire de douleur sur l'incision de la peau.

Le canadol est un hydrocarbure extrait des naphtes d'Amérique. C'est un liquide limpide, très volatil, légèrement inflammable, et possédant une odeur âcre rappelant la benzine. Il ne se mélange en aucune proportion ni à l'alcool, ni à l'eau, ce qui est un avantage sur

l'éther. Grâce à sa volatilisation rapide, le canadol abaisse aussi rapidement que l'éther la température du thermomètre qui descend à — 10°, mais se maintient à peu près à ce niveau. Ce produit a été utilisé dans les petites opérations dans lesquelles il est d'usage d'avoir recours aux pulvérisations d'éther.

L. JUMON.

BIBLIOGRAPHIE

NOUVEL APPAREIL A EXTENSION CONTINUE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE CUISSE ET DE LA COXALGIE, par le Dr Albert *Monteuuis* (Paris 1887, G. Steinheil édit.

L'appareil du Dr Monteuuis, inspiré par l'appareil en sparadrap, consiste « en deux attelles de 12 à 15 centimètres de long. Ces attelles sont munies à leur face externe de deux vis de moyenne dimension, et maintenues en place par deux courroies. Ces vis sont situées la première à 1 ou 2 centimètres de l'extrémité supérieure de l'attelle, la seconde à sa partie moyenne. A ces éléments, ajoutez une bande de toile de 6 à 7 centimètres de largeur, et comme dans l'appareil à sparadrap, une petite planchette, une ficelle et des poids et l'appareil sera complet. »

Cet appareil peut encore être simplifié, les vis peuvent être remplacées par des clous ordinaires, les courroies par des bretelles, la planchette supprimée.

Pour appliquer l'appareil « les deux courroies étant passées sous la cuisse, on place latéralement les deux attelles. Puis saisissant la bande de toile à 4 ou 5 centimètres de son extrémité, on fait une étroite ouverture, pour l'attacher à la vis supérieure, une seconde pour la fixer à la vis inférieure ; alors d'une main on maintient l'attelle, de l'autre on déroule la bande en lui faisant longer jusqu'au pied la face interne du membre. Arrivé au pied, on fait une anse assez vaste, puis on remonte le long de la face externe du membre. jusqu'à ce qu'on soit arrivé au point symétrique du point de départ. Là, on termine en fixant la bande aux deux vis de l'attelle externe, et en la coupant. Ceci fait, au moyen des deux courroies on applique les attelles, en les disposant de façon à ce qu'elles viennent par leur extrémité inférieure, prendre appui sur le bord supérieur des condyles du fémur. — Il faut avoir soin de mettre une épaisse couche d'ouate entre le membre et l'attelle et de l'accumuler surtout à l'extrémité inférieure des attelles pour éviter toute douleur. On serre ensuite les courroies en ayant soin de les mettre chacune au-des-

sous des vis, de manière à ce que, par leur bord supérieur, elles soient en contact avec ces dernières.... Enfin vous terminez l'appareil en faisant quelques circulaires avec une petite bande en toile au niveau de la tubérosité antérieure du tibia d'une part, et des malléoles d'autre part, en fixant ces circulaires à la bande longitudinale, au moyen de deux épingles, en mettant dans l'anse de toile ménagée au pied, la planchette munie d'un crochet auquel s'attachera la ficelle qui supporte le poids, ou, plus simple-ment, vous attachez directement la ficelle à l'anse. »

Le reste de l'application de l'appareil se fait comme pour l'appareil en sparadrap. Quant aux modifications à lui faire subir suivant tel ou tel cas, quant à ses indications et à ses contre-indications, etc., nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur au travail du Dr Monteuuis.

Son nouvel appareil devrait d'ailleurs être préféré à l'appareil en sparadrap parce qu'il est beaucoup plus facile de se procurer une bande de toile que du sparadrap, parce qu'il évite la malpropreté inhérente à la consistance emplastique du diachylon ; l'appareil en sparadrap a d'ailleurs l'inconvénient grave de ne pas exercer de traction sur le squelette du segment mobile de l'os fracturé et sous l'influence de la température élevée il glisse et se déplace à la longue, inconvénients que n'offre pas l'appareil en toile du Dr Monteuuis.

É. Deschamps.

VARIÉTÉS

La vaccination charbonneuse.

Il y a deux mois environ, dans sa lettre à la Société impériale et royale de Vienne, M. Pasteur, réfutant les critiques de M. Von Frish, était conduit à citer, entre autres arguments, l'exemple des vaccinations charbonneuses préventives qui, après avoir rencontré tant et de si tenaces oppositions, ont fini par s'imposer dans la pratique de par leur constante efficacité. M. Pasteur écrivait à ce propos « que les critiques déjà lointaines formulées par l'Ecole de Berlin avaient été depuis longtemps réfutées par les faits et que cette Ecole avait changé d'opinion ».

M. Koch, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Berlin, dans un article paru dans la *Semaine médicale* du 3 août, se défend d'avoir « en aucune façon, modifié son opinion première ».

Voici quels sont les faits sur lesquels s'est appuyé le professeur

berlinois pour soutenir que la vaccination charbonneuse, préconisée par M. Pasteur, ne confère qu'une immunité insuffisante contre l'infection naturelle, qu'elle est d'une action préservatrice de trop peu de durée et ne peut être considérée comme utilisable dans la pratique :

« Pour savoir exactement à quoi m'en tenir, au moins en ce qui concerne l'Allemagne, j'ai prié M. Schütz, professeur à l'Ecole vétérinaire de Berlin, de vouloir bien me communiquer tous les renseignements possibles sur les vaccinations charbonneuses pratiquées en Allemagne et leurs résultats. M. Schütz a répondu à mon désir de la façon la plus obligeante et la plus empressée, et je suis en possession de documents absolument authentiques recueillis avec une entière indépendance, d'une haute valeur démonstrative, et dont je veux présenter la substance. Leur réunion a demandé quelques semaines, et c'est ce qui a retardé la présente communication :

1° A Gorsleben, on vaccina en 1882, 31 bovidés; 3 mouraient l'année suivante (10 0/0). Les vaccinations ne furent pas continuées. Il en mourut encore, dans la suite, 2 ou 3 par an, c'est-à-dire exactement autant qu'avant l'inoculation.

2° A Cannawurf, vaccination, en 1882, de 33 bovidés; avant l'inoculation, on en perdait de 1 à 3 par an; les pertes furent les mêmes après les vaccinations; aussi renonça-t-on à les continuer.

3° A Kelbra, en 1886, sur 140 bovidés, on en vaccine 64 : 76 restent non vaccinés. Chaque lot perdit une bête du charbon; on n'a pas continué les vaccinations.

4° A Riethnowhausen, 22 bovidés sont vaccinés en 1886, un mois plus tard, 2 bêtes étaient mortes du charbon. On en est resté là.

5° A Klonie, on vaccine tous les ans, depuis 1882, tous les bovidés et ovidés. Autant que j'en puis juger par les renseignements à ma disposition, on peut compter pour ces dernières années, avec quelques oscillations en plus ou en moins, sur une moyenne annuelle de 270 bovidés et 600 ovidés. La mortalité chez les premiers varie entre 1 et 5 p. 100 (en moyenne 3,4 p. 100) ; chez les seconds entre 0,8 et 9 p. 100 (en moyenne 5,5 p. 100). A plusieurs reprises, on a vu des animaux *revaccinés* succomber au charbon. On manque malheureusement de données précises sur la mortalité avant la vaccination.

6° Mais les renseignements les plus importants sont ceux que nous devons aux inoculations pratiquées depuis 1882 avec le plus grand soin et la plus grande patience par le vétérinaire départemental Œmler, et par ordre du ministère de l'agriculture, au domaine de Packish. Depuis 1882, c'est-à-dire depuis cinq années, le troupeau

presque tout entier, soit une moyenne de 80 bovidés et 360 ovidés, est vacciné tous les ans. Déjà l'opération de la vaccination tue 0.8 0/0 des moutons. Mais le charbon enlève encore en moyenne 4.2 0/0 des premiers et 1.5 0/0 des seconds. Là également, on compte parmi les victimes des animaux vaccinés plusieurs fois. En présence de résultats qui rendent si contestable l'efficacité du vaccin, on a réalisé, dans ces deux dernières années, l'expérience suivante : 108 moutons vaccinés et 100 moutons non vaccinés, se trouvant d'ailleurs dans des conditions identiques, ont été conduits dans des pâturages suspects. Or, deux des animaux vaccinés sont morts du charbon, puis l'année suivante, deux autres parmi les non vaccinés. L'expérience n'a donc été rien moins que victorieuse.

Nous demandons ce qu'il faut penser d'une méthode de vaccination qui a donné, après cinq ans d'essai, de pareils résultats. Et cependant les inoculations de Packisch ont été faites conformément à toutes les indications de Pasteur, et avec la lymphe fournie par son agent, M. Boutroux. Il ne s'agit pas ici de milliers de bêtes ; mais toutes les vaccinations sont exactement notées et les cas de mort scrupuleusement comptés ; nos chiffres ont une autre valeur que les gros nombres ronds de Pasteur, dont nous ignorons absolument l'origine ».

Dans une lettre adressée au directeur de la *Semaine médicale*, M. Pasteur répond en ces termes à M. Koch :

Arbois (Jura), le 15 août 1887,

Dans une lettre que j'ai adressée à la Société royale impériale des Médecins de Vienne, le 29 mai dernier, j'ai dit que « les critiques « déjà lointaines de l'Ecole de Berlin ont été depuis longtemps réfu- « tées par les faits et que cette Ecole a changé d'opinion. »

Le Dr R. Koch, dans un article que publie la *Semaine médicale* du 3 août courant, s'élève contre cette assertion. Il déclare qu'il n'a en aucune façon modifié son opinion sur la valeur pratique des inoculations charbonneuses. J'avais été mal informé. Je le regrette pour l'Ecole de Berlin ; mais je m'empresse de donner acte à M. Koch de sa rectification.

Cependant, sommes-nous donc si éloignés d'être complètement d'accord ?

Voici, en effet, ce que dit M. Koch :

« Pasteur s'appuie dans sa lettre sur les résultats des vaccinations « en France dans les dernières années : plus de 200.000 moutons « vaccinés annuellement présentent une mortalité par le charbon, « inférieure à 1 0/0, tandis que parmi les troupeaux non vaccinés, « cette mortalité s'élève à 10 0/0 ; plus de 20,000 bovidés vaccinés « par an fournissent une mortalité qui n'atteint pas 0,5 0/0, tandis

« que, sans la vaccination, la mortalité de ces animaux est d'environ « 5 0/0.

« Il semble bien, ajoute M. Koch, se dégager de ces chiffres que « l'inoculation charbonneuse est d'une haute efficacité ».

Telle est, en effet, ma conclusion, et je n'ai pas d'autres preuves pratiques de la grande efficacité de la méthode que les chiffres rappelés par M. Koch et qu'il trouve très concluants.

Pourquoi donc M. Koch se défend-il de croire à la valeur pratique des vaccinations charbonneuses? Uniquement par un sentiment de défiance qu'il ne justifie aucunement. En effet, il termine l'aliéna que je viens de citer par ces mots :

« Qui pourrait se porter garant de l'exactitude de ces chiffres? « Comment et par qui les éléments de ce calcul ont-ils été rassem- « blés? Voilà ce que se demande quiconque s'est occupé de statisti- « que médicale et sait le cas qu'il convient d'en faire ».

Il résulte de ce qui précède que M. Koch ne demande qu'une chose pour croire à l'efficacité des vaccinations charbonneuses. C'est la garantie de l'exactitude des chiffres qu'il rappelle.

Eh! bien, qu'à cela ne tienne. Le Congrès qui va s'ouvrir à Vienne le mois prochain sera une excellente occasion pour nous entendre. Tous les rapports des vétérinaires seront mis à la disposition de M. Koch et des personnes qui désireraient en prendre connaissance, et la méthode générale des inoculations préventives pourra être discutée.

Si ma santé ne me permet pas de me rendre au Congrès, M. Chamberland, auteur d'un des rapports imprimés présentés au Congrès, soutiendra les conclusions de son rapport sur les vaccinations préventives.

L. Pasteur.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Budin, agrégé, est chargé, pendant l'année 1887-1888, d'un cours de clinique obstétricale.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences vient de recevoir une nouvelle fondation.

Par son testament, Mme Foher, décédée à Paris, vient de léguer une somme de 40,000 fr. à placer en rente 3 p. 100 sur l'Etat français. Les arrérages de ce legs serviront à la fondation d'un prix annuel, sous la dénomination de « Prix Delliorr », qui sera décerné au travail ou à l'ouvrage se rapportant à l'art de guérir.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 102 Jeudi 1er Septembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris le 31 *août* 1887.

La séance d'hier à l'Académie de médecine a été, surtout pour une séance de vacances, particulièrement intéressante et instructive. Nous signalerons d'abord une communication d'un chirurgien de Lille, M. Guermonprez, qui, pour guérir des vomiques datant de quatre ans, a fait successivement sur son malade une incision exploratrice de la plèvre, l'ablation de deux segments de côtes, des ponctions multiples suivies d'une pneumotomie superficielle, enfin une pneumotomie profonde couronnée de succès.

M. Luys a provoqué dans l'Académie tout entière des protestations, ou tout au moins des marques de scepticisme probablement irréductible, en relatant des observations qui tendent à confirmer celles déjà exposées par MM. Bourrut et Burot, de Rochefort, au Congrès de Grenoble en 1885. Il s'agit de l'action violente exercée à distance sur des malades placés en état d'hypnotisme par des médicaments renfermés dans des tubes bien bouchés. Nous reproduisons intégralement la communication de M. Luys, d'autant plus volontiers que dans l'une des prochaines séances, sans doute, l'Académie s'efforcera de donner à ces faits une interprétation fort différente.

M. Dujardin-Beaumetz, revenant sur la communication faite dans la dernière séance, par M. le professeur Germain Sée, au sujet de l'antipyrine, a montré, avec sa verve habituelle, les précieux résultats fournis par cette curieuse série aromatique qui est en train de révolutionner toute une partie de la thérapeutique. L'antipyrine, l'acétaniline, le salol, l'antifébrine et quelques autres sont des médicaments que l'on ignorait absolument il y a quelques mois encore, et qui déjà se préparent à occuper une place tout à fait prépondérante dans le traitement de diverses maladies.

M. Lancereaux a obtenu des succès constants dans le traitement

d'expériences que j'ai entreprises dans le but de vérifier les faits signalés en 1885 au Congrès de Grenoble par MM. Burot et Bourru, de Rochefort. Elles consistent à mettre en présence des sujets hypnotisés certaines substances médicamenteuses ou toxiques et à déterminer chez eux des réactions d'un certain ordre.

1° Mes expériences portent actuellement sur 67 substances dont j'ai pu, à l'aide de dispositifs spéciaux et de procédés techniques, étudier l'action sur les sujets hypnotisés. Elles ont été répétées sur des sujets différents et chaque substance a paru déterminer des effets identiques, à l'aide de tubes de verre numérotés scellés à la lampe.

2° La condition fondamentale pour déterminer les effets à distance des substances stimulatrices, c'est de mettre le sujet en état d'hypnotisme.

L'état d'hypnotisme, et surtout la phase léthargique, développe chez les sujets une réceptivité spinale, en vertu de laquelle non seulement les facultés de motricité arrivent à un état de surexcitation extrême, (hyperexcitabilité neuro-musculaire), mais encore les facultés émotives (dans la période de catalepsie) arrivent à un état semblable d'éréthisme tel que, sous l'influence des sollicitations les plus minimes, irradiées des plexus périphériques, elles se mettent automatiquement en activité.

Ainsi, chacun sait qu'on développe chez un sujet en léthargie des symptômes réactionnels somatiques, d'une indiscutable authenticité. Il suffit du moindre attouchement venant effleurer la peau des avant-bras, pour solliciter la réaction des muscles sous-jacents et faire apparaître une contracture rigide, d'une intensité des plus caractéristiques.

De même, s'il est placé dans la période cataleptique, on voit en quelque sorte la suractivité des forces nerveuses changer de domaine, quitter les régions neuro-musculaires et se concentrer dans les régions émotives.

Celles-ci à leur tour, dans cette nouvelle phase, sont envahies par une superexcitabilité spéciale, en vertu de laquelle elles entrent immédiatement en éréthisme, et cela sans la moindre sollicitation irradiée des nerfs périphériques, et dans la direction voulue par l'opérateur. Il peut alors volontairement mettre au jour tel ou tel point déterminé et provoquer comme sur un clavier docile des révélations émotives variées, gaies ou tristes.

Tous ces phénomènes s'opèrent silencieusement, sans la moindre parole provocatrice, sans suggestion, rien que par le fait de telle ou telle substance présentée au sujet, au niveau de tel ou tel plexus nerveux périphérique.

Ainsi une substance déterminera du côté gauche des réactions gaies par exemple, et à droite, elle sollicitera des réactions tristes. Ainsi un centigramme de chlorydrate de morphine mis dans un tube fermé, chez un sujet en léthargie, a déterminé à gauche des phénomènes de surexcitation violente, tandis que le même tube, présenté à droite, en un point symétrique, a déterminé un état de bien-être très significatif.

3° Bien plus, les médicaments placés ainsi à distance du sujet, non seulement sont susceptibles d'avoir une action sur les régions émotives, mais encore ils pénètrent plus profondément dans l'organisme et vont porter le trouble jusque dans les grands rouages de la vie organique. Ces manifestations inattendues, si nettement exprimées, et quelquefois si inquiétantes au point de vue de leur apparence, déjouent toute supercherie de la part du sujet. Ainsi sous l'action d'un tube chargé de substances différentes, on voit apparaître subitement des troubles profonds du côté du cœur et des muscles inspiratoires. Les battements du cœur peuvent devenir tumultueux, irréguliers et ralentis à 40 par minute, en même temps que la face devient turgide et bleuâtre. D'autres fois, ce sont les muscles inspirateurs qui cessent tout d'un coup de fonctionner. Sous l'influence du sulfate de spartéine, le sujet tombe dans un véritable état apnéique. D'autres fois, suivant que le tube est promené dans telle ou telle région du cou, on amène la turgescence du corps thyroïde, ainsi que je l'ai déjà signalé, ou des troubles laryngés et un véritable cornage.

Ces manifestations, quelquefois terrifiantes, peuvent amener des complications d'une extrême gravité, et je ne saurais trop avertir les expérimentateurs d'arrêter immédiatement l'action de la substance active, pour ne pas se trouver en présence d'un cas d'homicide par imprudence.

4° Pour obtenir dans cet ordre de recherches des résultats précis et comparables, il est indispensable d'agir suivant une méthode fixe et bien définie, faute de quoi faire on n'obtient que des résultats confus et nuls.

Chaque expérience en elle-même peut être considérée comme un véritable processus expérimental isolé que l'on met en action. Ce processus a une période ascendante, une période d'état et une période de décours. Il faut, pour que les choses se passent régulièrement, que le sujet, parti par exemple de la période de léthargie, sans un autre stimulant quelconque, arrive motu proprio à la période de somnambulisme lucide après avoir passé par la catalepsie, et rétrocède de même à la période de léthargie de retour, après avoir parcouru de lui-même le cycle naturel de son processus expérimental.

Mettez le sujet par exemple en présence d'une substance quelcon-

que placée dans un tube, si cette substance n'a pas une action spéciale sur les régions intellectuelles, au bout de deux ou trois minutes, il va ouvrir les yeux silencieusement, passer ainsi en période de catalepsie, et là, développer ces émotions spéciales que la substance va provoquer en lui.

Ces émotions sont variables; c'est de l'étonnement, de l'appréhension, de la crainte, et jusqu'à la terreur la plus profonde, ou bien elles sont inverses, c'est du ravissement, de la béatitude et de la jubilation extrême. Toutes les expressions du visage et du corps, s'accentuent ainsi définitivement suivant les incitations qui frappent le système nerveux. Et cela, sans la moindre sollicitation verbale ; le sujet agit comme un automate qui développe ses rouages.

Aussitôt qu'on enlève le tube stimulateur, la mimique du visage s'affaiblit, le sujet cesse d'être ébranlé, il s'affaisse, redevient calme, et rentre dans sa période de léthargie de retour. On constate qu'il y rentre lorsque la surexcitabilité neuro-musculaire est devenue perceptible. C'est le signe pathognomonique que le processus précédent a cessé d'agir sur l'organisme : on peut alors expérimenter une nouvelle substance. Le sujet a expulsé l'action médicamenteuse précédente.

Dans une autre forme de processus expérimental, si le sujet est plus intelligent, ou bien si les substances employées ont plus d'action (café, spartéine, haschich), le sujet passe plus rapidement de la période de catalepsie à celle de somnambulisme lucide. Il devient loquace alors, et rappelle une série de scènes en rapport avec les émotions qu'il subit.

Mais aussitôt qu'on suspend l'action du tube stimulateur il s'arrête, ne parle plus, et insensiblement repasse par les phases diverses qu'il a parcourues dans sa période ascendante. Il descend peu à peu de lui-même, et arrive pareillement à son point de départ, c'est-à-dire à la phase de léthargie de retour. La constatation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est le signe pathognomonique qui le prouve et témoigne que l'action de la substance incitatrice n'existe plus.

Les phénomènes dûs à l'action des substances médicamenteuses à distance sont donc calqués sur l'évolution des phénomènes normaux de l'hypnotisme. Ils s'enchaînent et se hiérarchisent de la même façon. C'est cette méthode spéciale que je recommande, et qui me paraît être l'élément essentiel de toute étude sérieuse, apte à fournir des éléments comparables.

5° L'action des substances médicamenteuses à distance, chez les sujets en état d'hypnotisme, peut se rapprocher, au point de vue dynamique, de l'action des aimants. Avec un petit aimant contenu dans un tube, ou même présenté à distance, j'ai obtenu des effets dynamiques très nets, tels que des convulsions de la face en parti-

culier, et même des états émotifs d'effroi, tout à fait comparables à ceux obtenus par l'action de certaines substances employées dans le cours de mes expériences.

6° Il est vraisemblable que cette méthode nouvelle, qui permet de pénétrer expérimentalement jusque dans les régions de l'innervation centrale, est susceptible d'amener des résultats imprévus dans la thérapeutique des affections nerveuses.

On comprend cependant qu'elle ne pourra être d'un usage général parce qu'elle s'applique comme condition fondamentale à des sujets hypnotisés, et que jusqu'à présent, tous les névropathes ne sont pas susceptibles d'être placés dans les conditions de l'hypnotisation profonde.

7° Néanmoins il est permis d'espérer que ces études nouvelles sont susceptibles d'ouvrir des voies imprévues par la thérapeutique des maladies nerveuses puisqu'elles permettent, à l'aide de procédés spéciaux, d'agir profondément sur les phénomènes intimes de la vie des éléments nerveux et de solliciter expérimentalement leur mise en action.

J'ai soumis un certain nombre de mes malades hystéro-épileptiques à ces procédés nouveaux de thérapeutique neurologiste, et jusqu'à présent, en agissant avec toute la prudence qu'une pareille méthode exige impérieusement, chez deux jeunes sujets, entre autres, j'ai pu obtenir non seulement l'éloignement de leurs attaques mais encore une atténuation très notable au point de vue de leur intensité, ce qui permet de constater une amélioration très notable dans leur situation.

M. le secrétaire perpétuel fait remarquer que cette communication nous reporte à quelques siècles en arrière ; il serait regrettable que l'Académie parût accepter la responsabilité de cette communication ; d'autre part, on n'improvise par une réponse à des faits de ce genre ; aussi, dans l'intérêt de M. Luys lui-même, serait-il bon que l'Académie fit ses réserves et reportât la discussion à une prochaine séance.

M. *Roger*. Il serait, en effet, bon que l'Académie nommât une commission pour examiner les faits apportés par M. Luys ; il s'agit là de choses qu'on ne peut croire sans les voir, et même lorsqu'on les a vues, on a le droit d'attendre pour être éclairé sur leur interprétation.

M. *Larrey*. Il s'agit ici, en effet, de faire consacrer des faits d'une telle singularité que M. Luys lui-même a tout intérêt à attendre une discussion scientifique. L'Académie ne peut pas engager sa responsabilité morale et mentale sur une question de ce genre.

M. *Brouardel*. Tout ce qui se passe dans cette Académie a un énorme retentissement, il faut donc bien prendre garde à nos paro-

les ; or jamais, en dehors de MM. Bourrut et Burot, personne n'es allé aussi loin que M. Luys. Chacun de nous pourrait être accusé d'avoir donné la mort à quelqu'un sans que cette personne ait jamais pris aucun médicament. On comprend qu'il puisse y avoir là les conséquences sociales les plus graves et qu'il ne faille pas engager l'Académie à la légère dans une pareille voie. Tous ces faits demandent à être scrupuleusement examinés.

M. le président consulte l'Académie sur la question de savoir s'il faut nommer une commission de cinq membres chargée de contrôler les expériences de M. Luys.

L'Académie à l'unanimité vote la nomination de cette commission, dont les membres seront désignés par le bureau dans la prochaine séance.

Sur l'action de l'antipyrine. — M. Dujardin-Beaumetz veut apporter quelques observations à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. G. Sée. Ce que M. G. Sée a dit de l'antipyrine peut se dire de bien d'autres corps antithermiques qui, employés d'abord comme antiseptiques, ont été reconnus être en même temps des antithermiques et des antinévralgiques.

Il existe dans la série aromatique deux autres corps très usités dans le même sens, l'acétaniline et le salol. Malheureusement les noms chimiques de tous ces corps sont trop longs et généralement impossibles à prononcer, aussi, est-on obligé de leur donner des noms plus commodes, mais qui risquent de ne plus être exacts d'ici quelque temps. Ainsi, l'antipyrine, dès maintenant, est employée dans bien des cas où il n'y a aucune élévation de température.

L'acétaniline, combinaison d'acide acétique et d'aniline, a été employée pour la première fois par le professeur Lépine, de Lyon, qui a parfaitement étudié ses propriétés. On la donne en cachets, à la dose d'un à deux grammes par jour, en plusieurs fois. Ce médicament est excellent dans certains cas de douleurs, en particulier dans les douleurs si violentes des ataxiques.

Dans la fièvre typhoïde l'acétaniline produit un abaissement de température de plusieurs degrés ; on observe également de la cyanose, mais toujours sans aucun accident. On ne retrouve jamais le médicament dans les urines : on peut prolonger cette médication pendant plusieurs mois sans observer jamais aucun phénomène nuisible.

Le salol est également un médicament très intéressant. Le salol, salicylate de phényle, composé d'acide salicylique et d'acide phénique, combat également les douleurs tabétiques ou rhumatismales ; on peut en donner des doses énormes sans produire aucun effet toxique.

Cette propriété antinévralgique et analgésique appartient donc à

toute cette série aromatique : antipyrine, acétaniline, salol, acide salicylique, acide phénique, etc. Il serait très utile de trouver dans la mine ouverte par ces nouveaux corps une substance qui pût remplacer le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie. Cela serait très désirable à cause des accidents qu'amène le bromure. Deux observations ont montré à M. Dujardin-Beaumetz que l'acétaniline pouvait donner ce résultat, malheureusement, depuis ces deux faits, il a eu une série d'insuccès prouvant que l'acétaniline ne pouvait constituer en général une médication sûre contre l'épilepsie.

Une nouvelle étude à faire est de savoir dans quel cas il faut employer l'antipyrine, dans quels cas il faut employer l'antifébrine, le salol, etc.

Les expériences de M. Lépine et celles de M. Dujardin-Beaumetz ont été répétées dans différents pays. Ainsi la thérapeutique marche à pas de géant, chaque jour il y a de nouvelles découvertes. Parmi les plus merveilleuses de ces découvertes, il faut signaler celle de la série aromatique.

M. *G. Sée*. Tout le monde est fixé maintenant sur la valeur de l'antipyrine dans la migraine et dans certains autres cas de douleurs sur lesquels M. G. Sée insistera la prochaine fois.

Quant à l'acétaniline, M. G. Sée l'a vue produire dans certains cas des dangers considérables. Il a vu des cyanoses très prononcées faire courir des dangers très graves. Le sang, dans ces cas, ne contient plus de l'hémoglobine, mais de la métahémoglobine.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Il ne faut pas se figurer que nous tuons les malades avec l'acétaniline ; les malades deviennent bleus, c'est vrai, mais c'est tout, et il n'y a aucun danger.

Traitement des cirrhoses du foie. — M. *Lancereaux*, dans les différentes formes de cirrhose du foie, a obtenu de très bons résultats par l'iodure de potassium et le régime lacté joints à l'hydrothérapie.

M. Lancereaux a recueilli neuf observations très démonstratives à ce sujet. Tous ces malades, buveurs de vin plus que d'alcool, sont entrés dans le service avec de l'ascite et de l'œdème des jambes et ils en sont sortis guéris après avoir été soumis au même traitement. Il s'agissait là de malades paraissant absolument désespérés.

Il faut remarquer la ressemblance de tous ces faits. C'était l'impossibilité que M. Lancereaux éprouvait à nourrir ses malades, qui lui a d'abord fait adopter le régime lacté.

La rapidité de la guérison varie d'après l'étendue et l'ancienneté du mal. La cirrhose alcoolique avec augmentation du volume du foie est une des plus graves ; la cirrhose avec ictère est plus grave encore, cependant, en général, au bout de quinze jours on commence déjà à noter une amélioration.

Il est utile que les malades continuent le traitement pendant plusieurs mois pour éviter le retour de tout accident.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — *M. Johannès Chatin* lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets et nouveaux un rapport dont les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à 4 h. 45.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS (maladies des systèmes digestifs et nerveux), par le Dr Fernand *Roux* (Paris 1887, G. Steinheil, édit.).

Dans un premier volume publié en 1886, le Dr F. Roux avait étudié les maladies infectieuses des pays chauds (choléra, fièvre jaune, peste, fièvres paludéennes, béribéri, etc.). Le deuxième volume traite des maladies des systèmes digestif et nerveux et débute par une étude magistrale de la dysenterie. Certains s'étonneront peut-être de ne pas trouver cette affection décrite parmi les maladies infectieuses. « La dysenterie, nous disent Cornil et Babès, endémique ou épidémique, se comporte comme une maladie infectieuse d'origine bactérienne, et tout porte à croire, d'après ses symptômes, qu'elle est due à des micro-organismes ». Le Dr Roux est moins affirmatif : « Les auteurs qui ont discuté sur la nature de la dysenterie, dit-il, peuvent être divisés en deux classes. Pour les uns, l'inflammation du gros intestin explique la maladie. Pour les autres, cette inflammation n'est que le symptôme d'une maladie générale ». C'est ainsi que, pour Delioux de Savignac, le virus de la dysenterie porte présentement son action sur la moelle, d'où la paralysie des vaso-moteurs de l'intestin, la stase sanguine dans les vaisseaux de l'organe et par suite l'accroissement des sécrétions. Fouquet croit que la dysenterie est une maladie spasmodique d'un caractère clonique, dont le siège est le grand sympathique et qui est localisée dans le gros intestin. Maclean pense qu'il s'agit d'un poison engendré dans le sol par la décomposition des matières organiques et qui, introduit dans le sang, aurait une affinité particulière pour les glandes du gros intestin. Colin ne peut admettre au contraire « que la dysenterie soit une maladie virulente. Pour lui, la dysenterie est, sous toutes ses formes et à tous ses degrés, le type de l'inflammation du gros intestin ». Mais quelle est la cause de cette inflammation?

« Il est évident, dit le Dr Roux, que, dans l'immense majorité des

cas, la dysenterie a une cause étiologique directe (alimentation, eau de boisson) agissant directement sur l'intestin, et une cause indirecte (refroidissement). Cependant, il est difficile de nier que la maladie puisse aussi se produire par l'absorption dans l'économie d'un miasme, ce qui revient à la théorie de Maclean. »

Prior avait cru que la cause de la dysenterie était un micrococcus, mais ses expériences ne sont pas suffisantes. Ppeiffer et Hallier l'avaient attribuée à un champignon spécial complètement différent de celui du choléra et du typhus, mais leurs recherches n'ont pas été confirmées. Aussi le Dr Roux accepte-t-il les idées éclectiques de Fayrer et pour lui « on ne peut affirmer dans l'état actuel de la science, si la cause de la dysenterie est un poison malarien, un microphyte, une émanation gazeuse, un miasme ou une influence agissant sur les centres nerveux. »

La dysenterie chronique et la diarrhée chronique ou diarrhée de Cochinchine sont étudiées dans deux chapitres différents, car, pour l'auteur, « sous beaucoup de rapports, il y a une distinction à établir entre la dysenterie chronique et la diarrhée chronique qui se montre sans dysenterie préalable et qui est, par conséquent, une maladie primitive et non secondaire comme la dysenterie chronique qui, dans l'immense majorité des cas succède à la dysenterie aiguë. » Faut-il attribuer la diarrhée de Cochinchine à l'anguillule découverte par Normand et retrouvée par Laveran. Ici comme pour la dysenterie, le Dr Roux se montre peu partisan de la théorie parasitaire et il conclut « en disant avec Liebermann, dont l'opinion est analogue à celle de la Barcerie, que l'anguillule trouve dans la diarrhée de Cochinchine des conditions de développement favorables, mais que son rôle se borne là. Elle n'a que peu ou pas d'action sur la production des accidents intestinaux. »

L'étude de l'hépatite complète celle des maladies du système digestif. Les maladies du système nerveux sont des maladies d'origine thermique, le coup de chaleur et l'insolation, et une maladie indéterminée, la maladie du sommeil.

Pourquoi, contrairement à Leroy de Méricourt et Obét, décrire séparément le coup de chaleur et le coup de soleil ou insolation? C'est que le Dr Roux n'admet pas la confusion de ces deux affections, et qu'il se range à l'opinion des nombreux auteurs qui ont écrit sur le coup de chaleur et qui depuis longtemps « avaient bien mis en évidence ce fait important que cette dernière affection résultait de l'influence pernicieuse sur l'organisme tout entier d'une chaleur intense naturelle ou artificielle, tandis que, dans le coup de soleil, c'était le cerveau seul et ses enveloppes qui étaient atteints par l'action des rayons solaires. » Que l'insolation et le coup de chaleur

soient très fréquemment combinés, et que, dans ce cas, le coup de soleil ne joue qu'un rôle secondaire, le Dr Roux l'admet parfaitement, mais ce qu'il prétend, se fondant pour cela et sur l'expérience d'un grand nombre de médecins anglais et sur la sienne propre, c'est que, dans certains cas, l'insolation et le coup de chaleur doivent être absolument distingués l'un de l'autre.

La maladie du sommeil, cette affection si bizarre « spéciale à la race noire, caractérisée par une tendance irrésistible au sommeil, par la diminution et l'anéantissement consécutif des forces » et aboutissant presque fatalement à la mort, termine cet intéressant volume où l'auteur ne se borne pas à la compilation, mais sait émettre une opinion personnelle en se basant sur son expérience et les nombreuses observations qu'il a pu recueillir dans sa carrière de médecin de la marine.

E. DESCHAMPS.

NOUVELLES

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE. — Par arrêté de M. le Préfet de police en date du 23 août courant, M. Jumeau (Paul-Louis) est nommé chimiste au Laboratoire de chimie, en remplacement de M. Caos (Guillaume-Édouard), démissionnaire.

— Par arrêté de M. le Préfet de police en date du 25 août courant, M. Schlumberger, expert-inspecteur au Laboratoire de chimie, est nommé chimiste, en remplacement de M. Dubois, décédé.

— M. Geslin est nommé expert-inspecteur au Laboratoire de chimie.

HOPITAL DE CLAMART. — Par décret en date du 5 août 1887, est autorisée la création d'un hôpital dans la commune de Clamart (Seine).

Cet établissement sera administré conformément aux lois et règlements qui régissent les institutions de cette nature.

Le maire de Clamart (Seine) et la Commission administrative de l'hôpital créé en vertu de l'article 1er du présent décret sont autorisés à accepter, aux clauses et conditions imposées, et chacun en ce qui le concerne, le legs fait à la commune de Clamart par le sieur Schneider, Charles-Adolphe, suivant ses testament et codicile olographes.

PRISONS DE LA SEINE. — M. le docteur Variot est nommé médecin de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, en remplacement de M. le docteur Albert Josias, démissionnaire.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris, — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 103 Samedi 3 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

De l'adonis œstivalis.

Par MARFORI (1).

L'adonis œstivalis appartient aux Renonculacées; elle est assez commune en Italie.

Marfori, qui l'a expérimentée sur les conseils du professeur Albertoni, en rapporte 9 observations détaillées.

Il les fait suivre des considérations suivantes :

L'adonis œstivalis possède à un haut degré les deux actions cardiaque et diurétique. En général nous avons vu succéder à son usage au bout de deux ou trois heures une amélioration notable : diminution des palpitations, de la dyspnée et de la toux, nuits tranquilles, diurèse abondante. En même temps diminution graduelle et disparition de la cyanose, des épanchements dans les cavités, des œdèmes, retour des digestions et de l'appétit. A la fin du traitement, nous avons pu dans certains cas vérifier la diminution de l'étendue de la matité du cœur et du foie. La pupille était dilatée.

L'adonis œstivalis produit toujours une diminution du nombre des pulsations cardiaques. Cette diminution est en rapport direct avec la fréquence initiale de ces mêmes pulsations. Ainsi dans l'obs. I, les pulsations, de 86 à la minute sont descendues à 72 : dans l'obs. VII elles sont tombées de 126 à 52. Quand on a affaire à une lésion compensée, le ralentissement est plus notable; il l'est moins dans les autres cas. Il paraît encore en rapport avec la quantité de la diurèse; il commence en effet lorsqu'augmente la quantité de l'urine, et dans la grande majorité des cas le maximum de la diurèse coïncide avec le plus grand ralentissement du cœur. Il arrive même que si l'on

(1) Traduit et analysé de *Lo Sperimentale*, avril 1887.

continue longtemps l'usage de l'adonis, le ralentissement dépasse de beaucoup la moyenne physiologique. Dans l'obs. VI, les pulsations cardiaques sont tombées de 100 et 140 à 59 et 44.

Le rhythme du cœur est régularisé : mais pas toujours également. Dans un cas de sténose de l'aorte et insuffisance mitrale avec forte arythmie, on a obtenu rapidement une complète régularité du pouls. Dans d'autres cas, au contraire, on a vu persister une certaine arythmie. En tout cas l'arythmie ne disparaît pas brusquement, mais peu à peu.

Le plus ordinairement, il y a en même temps augmentation de la pression artérielle : on en a pour preuve la disparition des phénomènes de stase et des autres troubles dûs à l'altération de la circulation. Cependant il faut noter que lorsque la pression artérielle est très abaissée, l'adonis œstivalis n'agit que tardivement et à doses très élevées. C'est ce que nous prouve l'observ. II dans laquelle la première fois qu'on administra le médicament il y eut presque aussitôt une amélioration notable avec la dose de 6 grammes par jour : mais la seconde fois, l'individu se trouvant dans des conditions beaucoup plus graves et la pression artérielle étant très basse, le résultat ne put être obtenu qu'au bout de 6 jours, et la dose dut être portée à 12 grammes par jour et même à 14. A ce propos, l'auteur fait remarquer que si une telle dose ne suffit pas, il est inutile d'en donner une plus élevée, car ou bien le médicament n'est pas absorbé, ou bien les tissus sur lesquels il doit agir ne sont plus capables de répondre à son excitation. Avec des doses plus élevées, on ne ferait que provoquer de graves symptômes d'intolérance avec danger éventuel pour le malade.

Ainsi dans les affections cardiaques, l'usage de l'adonis œstivalis amène le ralentissement du pouls, la diminution ou la disparition de l'arythmie, l'augmentation de la pression artérielle. Tous les résultats sont obtenus d'une façon plutôt lente, mais progressive, de façon à atteindre un effet thérapeutique complet, lequel, *seulement par exception*, peut être dépassé. Ce dernier fait et aussi celui-ci que l'adonis n'a pas donné lieu à des phénomènes d'*accumulation*, constitue un caractère précieux de cette substance dans le traitement des affections cardiaques.

L'adonis œstivalis possède encore une *très notable action diurétique*. Dans les affections cardiaques avec phénomènes intenses de stase, on peut considérer ce médicament comme le meilleur diurétique. Dans l'obs. II, la première fois qu'il a été administré, la quantité de l'urine est montée à 8400 cc.; la seconde fois à 7800 cc. La diurèse s'est maintenue constamment au-dessus de la normale pendant quelque temps après.

Dans l'obs. I, il y a eu une quantité d'urine de 5.500 cc. et dans l'obs. VII de 5.000. — Dans un cas de pleurésie exsudative avec diurèse modérée, on a obtenu une augmentation notable et persistante (de 500 à 2.300 cc.).

Nous n'avons pas eu le même succès dans un cas dans lequel, par suite d'un néoplasme intra-abdominal malin, existait une énorme ascite par obstacle à la circulation dans la veine-porte.

L'augmentation de la diurèse commence en général seulement trois ou quatre jours après le début du traitement, et est d'autant plus évidente que la quantité d'urine était plus petite. Elle suit une marche progressive, atteint un maximum, puis tend à diminuer, mais reste néanmoins supérieure à la moyenne physiologique pendant quelque temps après la suppression du remède.

Avec l'augmentation dans la quantité de l'urine, sa densité diminue.

L'urine, par suite de l'administration de l'*adonis œstivalis*, acquiert une coloration orangée spéciale, caractéristique d'après plusieurs auteurs. Cette coloration persiste pendant quelques jours après la suppression du traitement.

Il est rare que l'adonis œstivalis donne lieu à des signes d'intolérance. Il y en a eu dans l'obs. VI, mais il faut noter que chez ce malade il y avait précédemment des troubles de l'appareil digestif. Ces signes d'intolérance pourraient bien être d'ailleurs un indice de la saturation de l'organisme, et de fait dans le cas en question ils se sont montrés beaucoup plus nets quand a été plus grand l'abaissement du pouls (40-44 à la minute). Nous avons encore noté que l'adonis œstivalis a été très bien tolérée dans un cas où la digitale avait produit des phénomènes intenses d'intolérance. Dans l'obs. VII la digitale avait produit à deux reprises des nausées et des vomissements : l'adonis au contraire a produit au bout de quelques jours un appétit insolite, fait qui s'est reproduit dans plusieurs observations.

L'adonis œstivalis ne devient pas, comme tant d'autres médicaments, une habitude de l'organisme qui répond beaucoup moins ensuite à leur action.

Dans l'insuffisance relative de la tricuspide et de la mitrale, l'adonis a été inefficace; la caféine seule a été utile ; il est vrai que dans ce cas on a rien obtenu de l'adonis ni de la digitale (obs. IV). Dans un cas d'insuffisance de la tricuspide (obs. VI) il y a eu amélioration consécutive, raréfaction très notable des pulsations, régularisation du rhythme, amplitude plus grande de l'ondée artérielle, disparition des phénomènes de stase ; mais il n'y a pas eu augmentation de la diurèse.

L'adonis œstivalis a été bien inférieure à la digitale dans un cas de sténose de la mitrale avec accès d'angine de poitrine (obs. VIII).

Toutefois elle a agi plus activement sur la diurèse qui est montée à 3.150 cc. et à 1.600 cc. seulement avec la digitale. Le fait doit probablement être attribué à une action beaucoup plus énergique et plus rapide de la digitale sur l'innervation modératrice du cœur.

Luzzato a rapporté un cas de sténose de la mitrale dans lequel l'adonis vernalis avait réussi moins efficacement que la digitale.

De deux observations faites sur des fillettes souffrant de palpitations nerveuses, il semble résulter que l'adonis œstivalis serait indiquée à petites doses dans des cas semblables, car pendant son administration les palpitations diminuèrent beaucoup d'intensité et de fréquence, et il n'y eut aucun inconvénient.

Comparons maintenant l'adonis œstivalis avec les autres médicaments cardiaques. L'adonis vernalis possède sur le cœur une action peu différente de celle de l'adonis œstivalis : aucun des deux ne possède d'action d'accumulation, et leur usage peut être continué longtemps sans péril. Mais l'œstivalis est beaucoup plus diurétique, ce qui lui assure dans certains cas une grande supériorité.

La digitale agit certainement d'une façon plus énergique et plus rapide sur le cœur ; mais elle est bien au-dessous au point de vue diurétique, parce que la digitale n'augmente la diurèse qu'en renforçant la pression artérielle et régularisant la situation. L'adonis œstivalis réussit mieux dans les cas où prédominent les œdèmes, l'hydropisie, le catarrhe bronchique, et les autres phénomènes de stase, pour qu'alors elle développe au maximum ses deux actions : cardiaque et diurétique. Mais pour obtenir un effet prompt et suffisant, il est nécessaire que la pression artérielle ne soit pas trop abaissée. Lors donc qu'il sera indiqué d'agir rapidement et énergiquement sur la pression artérielle, il faudra donner la préférence à la digitale, sauf à revenir à l'adonis œstivalis lorsqu'il ne restera plus qu'à maintenir cette pression et à provoquer une abondante diurèse. Dans les cas graves d'affections cardiaques non-compensées, l'action d'un de ces remèdes complète et rend plus efficace celle de l'autre.

La caféine possède comme l'adonis œstivalis les deux actions cardiaque et diurétique. Mais son action est très différente de celle des substances qui appartiennent au groupe de la digitale. C'est ce qui explique que dans une de nos expériences (obs. IV) la caféine a réussi alors que la digitale n'avait pas donné de résultats. En outre, il n'est pas sans inconvénient de prolonger longtemps l'usage de ce remède précieux, à cause de son action sur la fibre musculaire.

Pour nous résumer, il nous semble :

Que l'adonis œstivalis doit être considéré, non comme un succé-

dané de la digitale, mais comme un remède ayant ses indications propres. Il trouve son indication principale et est même supérieur aux autres médicaments cardiaques, dans les affections du cœur où existent des *phénomènes intenses de stase* : il a pour effet de diminuer le nombre des pulsations, de régulariser le rhythme, de relever la pression artérielle, *à condition qu'elle ne soit pas trop abaissée*, de provoquer spécialement une diurèse abondante et enfin de maintenir ces conditions d'une manière constante pendant un temps assez long.

Son administration ne doit pas, comme celle de la digitale, être interrompue de temps à autre : au contraire elle doit être prolongée constamment jusqu'à la guérison. La dose journalière variera de 4 à 8 grammes en infusion, à prendre à intervalles. Sa saveur n'a rien de désagréable. Toutefois il est bon d'y ajouter un correctif. Des doses très élevées, 25 à 30 grammes dans les 24 heures, ont été tolérées, mais je ne les crois pas efficaces.

L. GREFFIER.

MEMENTO PRATIQUE

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU GRINDELIA ROBUSTA. — M. *Constantin Paul* a communiqué à la *Société de thérapeutique* les résultats de son expérimentation clinique sur les effets du *grindelia robusta*. Il rappelle que cette plante, originaire de Californie et qui pousse dans des marais salés par l'eau de mer, porte une fleur qui ressemble beaucoup à celle du soleil jaune vulgaire, mais plus petite ; c'est une plante de la famille des Composées. Les capitules et les sommités fleuries sont enduits d'une sorte de résine qui constitue le principe actif de la plante, et que l'on retrouve dans l'extrait fluide américain. Les teintures paraissent devoir être sans action, car cette résine ne semble pas soluble dans l'alcool.

L'extrait fluide de *grindelia* est employé en Amérique depuis une quinzaine d'années ; il doit avoir une légère odeur térébenthinée. La fraude s'est emparée déjà de cette préparation, et l'on vend à Paris des extraits fluides de *grindelia* qui n'ont absolument aucune action, et sont dépourvus de l'odeur térébenthinée caractéristique.

En Amérique, on administre l'extrait fluide à de fortes doses, jusqu'à 7 gr. 50 dans les vingt-quatre heures. En France, on l'a surtout employé contre l'asthme, et on lui a attribué une action assez marquée et rapide pour combattre la dyspnée.

M. Paul l'a prescrit à des individus atteints de bronchite emphysémateuse avec expectoration abondante, et il a obtenu une rapide

et très notable diminution de l'expectoration, ainsi qu'un soulagement manifeste des troubles fonctionnels.

Il en a obtenu également de bons résultats chez les enfants strumeux atteints de toux coqueluchoïde persistante.

De même, chez les phtisiques, on peut, avec l'extrait de *grindelia*, amener un soulagement des accidents de nervosisme et une diminution, parfois considérable, de l'expectoration. Il est inutile d'ajouter que le médicament n'a aucune action directe sur la tuberculose pulmonaire.

L'extrait fluide de *grindelia* semble préférable à la terpine que l'on ne peut administrer à dose suffisante sans faire ingérer au malade, comme dissolvant, une quantité d'alcool assez notable pour n'être pas sans inconvénient.

On a aussi préconisé le *grindelia* pour combattre les palpitations de croissance ; M. C. Paul l'a peu expérimenté en ce sens et n'en a guère obtenu d'effet appréciable.

En résumé, l'extrait fluide de *grindelia* a surtout une action marquée sur l'élément catarrhal dans les affections broncho-pulmonaires, et est appelé à rendre des services dans leur traitement. On peut le prescrire, sans inconvénient, à la dose de 3 à 4 grammes par jour. M. C. Paul l'a ordinairement administré par trente gouttes à la fois, répétées à deux ou trois reprises dans la journée.

M. *E. Labbée* a essayé l'efficacité de ce médicament dans les cas d'asthme humide, et n'en a obtenu nul effet ; il est vrai qu'au lieu de 3 ou 4 grammes, il ne donnait par jour que trente gouttes prises en une fois.

Nouvel élixir de terpine. — M. *P. Vigier* propose la formule d'un nouvel élixir de terpine, très stable, renfermant 50 centigrammes de terpine, par cuillerée à bouche. L'emploi du sirop de miel dans la préparation de cet élixir évite l'inconvénient de la formation de cristaux de sucre dans les flacons, cristaux qui se produisent avec rapidité si l'on se sert de sirop ordinaire. Cet élixir est ainsi composé :

Sirop de miel.	ãã 70 grammes.
Glycérine.	
Alcool à 95°	
Terpine.	5 —

Si l'on verse une cuillerée de cet élixir dans un verre d'eau, la terpine reste dissoute ; elle se précipite, au contraire, en partie, si l'on mélange la même quantité d'élixir à un volume d'eau moins considérable.

M. Vigier met sous les yeux de ses collègues un flacon de cet élixir, préparé depuis un mois, et qui est parfaitement limpide.

L'EAU LITHINÉE ARSÉNICALE DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE. — M. *Créquy* a expérimenté le traitement préconisé par M. Martineau, et, sans avoir obtenu les succès de son confrère, il a noté des résultats intéressants. Il soigne depuis longtemps un diabétique chez lequel le régime le plus sévère ne peut amener la disparition de la glycose : il y a toujours un minimum de 15 grammes. Ce malade, tout en continuant le même régime, a été soumis depuis un mois au traitement par l'eau lithinée arsénicale, et ses urines ne renferment plus que 2 grammes de sucre. M. Créquy emploie la formule même de M. Martineau, c'est à dire l'eau de Seltz lithinée arsénicale ; il croit que l'on doit se placer dans des conditions identiques, si l'on veut contrôler des expériences.

M. *Vigier* a vu assez souvent la glycosurie diminuer ou même disparaître pendant des mois sous l'influence des préparations de lithine. Il propose des pilules renfermant chacune 10 centigrammes de benzoate de lithine et 5 centigrammes de salicylate de lithine. A la dose de 5 à 6 pilules par jour, on obtient de très beaux résultats chez les diabétiques.

M. *Delpech* a connu, il y a quelques années, un diabétique ancien chez lequel le sucre a disparu après l'usage de l'eau lithinée.

M. *C. Paul* reconnaît que dans certains cas ce traitement amène une diminution extrêmement rapide du sucre urinaire.

M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé lui aussi le traitement lithiné arsénical, mais toujours conjointement avec le régime. Il a observé des améliorations, jamais de guérison. Si le malade est glycosurique, le régime fait disparaître le sucre ; s'il s'agit d'un diabétique vrai, il continue à rendre des urines sucrées en dépit du régime de la lithine.

(*Soc. de Thérapeutique.*)

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ COMPLET D'OPHTHALMOLOGIE, par les Drs *Wecker* et *E. Landolt*, t. III, 3e fascicule, p. 529 à 976. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Ce fascicule comprend deux parties : Amblyopies et amauroses, par *Nuel*, Mouvements des yeux et leurs anomalies, par *Landolt* et *Éperon*.

M. *Nuel*, professeur à l'Université de Gand, a fait précéder la description des amblyopies et des amauroses d'une étude anatomique et physiologique de l'appareil nerveux optique. C'est une bonne description des bandelettes optiques et des divers éléments optiques ou autres dont elles sont constituées. Les détails sont précis, et

M. Nuel montre exactement l'état actuel d'une question qui est encore bien controversée ; malheureusement, quelques fautes typographiques viennent diminuer la clarté du texte, et, d'autre part, les phrases ont parfois des tournures et des consonnances choquantes pour des oreilles françaises. On lira surtout avec fruit la description des nerfs optiques, du chiasma, et des racines des bandelettes.

La physiologie des parties centrales de l'appareil nerveux optique prête à moins de développement. M. Nuel traite cependant des réflexes provoqués par les impressions visuelles et des centres optiques psychiques, à propos desquels il cherche à éclairer la question toujours si obscure de l'hémianopsie.

L'hémianopsie est en effet un terrain vaste et plein de surprises, sur lequel les ophthalmologistes et les médecins qui s'adonnent à l'étude des maladies du système nerveux pourront batailler pendant longtemps encore. M. Nuel discute l'hémianopsie homonyme dans le sens horizontal, et l'hémianopsie hétérnoyme beaucoup plus rare, mais présentant diverses variétés : latérale ou temporale, interne ou nasale ; enfin, l'hémianopsie dans le sens vertical, beaucoup moins nette, et l'hémianopsie monoculaire, moins certaine encore.

C'est surtout l'anatomie pathologique, dans ces divers cas, qui est intéressante à considérer; malheureusement, elle se compose presque uniquement d'un certain nombre de faits dont il n'est pas encore permis de tirer des conclusions brèves et précises.

Les amblyopies et amauroses par lésions cérébrales peuvent tenir à des lésions du chiasma, des bandelettes optiques, des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux, de la capsule interne ou des lobes occipitaux. Ce chapitre se termine par une seule page consacrée à la cécité psychique que M. Nuel appelle cécité de l'âme, et à propos de laquelle il cite plusieurs auteurs allemands et aucun des auteurs français, qui, cependant, ont fait récemment sur ce sujet des travaux remarquables.

Le scotome scintillant, ou migraine ophthalmique, amaurose partielle passagère, est pour M. Nuel une névrose vaso-motrice probablement de nature constrictive, siégeant au moins au delà du chiasma. Dans quelques cas, cette affection pourrait même trouver son origine dans les portions visuelles des hémisphères. On ne saurait faire un reproche à l'auteur de n'avoir pas mentionné, dans le traitement de cette affection, les médicaments de la série aromatique, dont la découverte est toute récente.

L'amblyopie toxique par abus de l'alcool et du tabac, scotome central, est décrite d'une façon complète. Viennent ensuite l'amblyopie par intoxication saturnine, l'amblyopie par suite d'intoxication par la quinine, l'amblyopie par abus de l'opium et de la mor-

phine, par le salicylate de soude, l'amaurose urémique, l'amblyopie de la fièvre intermittente, l'amaurose épileptique, l'amaurose méningitique, l'amaurose des maladies fébriles diverses, l'amaurose des embarras gastriques, des pertes sanguines, et les amblyopies réflexes, qui toutes donnent lieu à de bien moins longs développements

Le chapitre de l'amblyopie hystérique comporte plus de détails, mais nous n'y trouvons rien qui, dans ces dernières années, n'ait été élucidé par les auteurs français, et nous n'y voyons pas exposée l'opinion pourtant si curieuse de M. le professeur Bernheim (de Nancy), ni, par suite, les discussions auxquelles elle a donné lieu.

Nous ne ferons que signaler l'amblyopie par compression de l'œil, par commotion de la rétine, par anesthésie traumatique de la rétine, par la foudre.

L'auteur distingue l'héméralopie idiopathique, essentielle, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, de l'héméralopie symptomatique d'une affection déterminée. Il décrit l'héméralopie héréditaire, congénitale, et surtout l'héméralopie acquise. L'histoire des amblyopies se termine par la nyctalopie, cécité diurne, et par l'amblyopie par non usage.

La seconde partie de ce fascicule, due à MM. Landolt et Eperon, est consacrée aux mouvements des yeux et à leurs anomalies. Après une rapide description des muscles droits, les auteurs exposent les lois des mouvements des yeux connues sous le nom de loi de Helmholtz, de loi de Donders et de loi de Listing ; ces lois d'ailleurs n'ont qu'une vigueur très approximative, puisqu'elles supposent que l'œil est une sphère régulière, ce qui n'est jamais vrai, et même est souvent loin d'être vrai, et que, même pour les yeux emmétropes, les conditions varient beaucoup d'après la distance de l'objet observé.

Les pages suivantes, d'une utilité plus immédiate, décrivent le champ de fixation monoculaire ou binoculaire, l'amplitude de convergence, la détermination du punctum remotum et du punctum proximum, les relations entre la convergence, l'accommodation et les mouvements pupillaires, les centres et voies d'innervation des mouvements des yeux, enfin les nerfs qui animent les muscles oculaires.

L'étude des anomalies des mouvements des yeux débute par des considérations générales sur l'étiologie et la symptomatologie des troubles de motilité de ces organes, la mensuration de l'angle γ, de l'angle κ et du strabisme.

La description du strabisme paralytique commence par la symptomatologie générale, après laquelle les auteurs exposent, en quelques pages, la symptomatologie spéciale de chaque paralysie oculaire. L'étiologie du strabisme paralytique est particulièrement intéressante, car elle touche aux parties les plus délicates de la pathologie

cérébrale. Les auteurs distinguent dans ces paralysies quatre groupes principaux : 1° les paralysies par lésions des nerfs moteurs de l'œil dans leur trajet intra-cérébral ; 2° les paralysies nucléaires ; 3° les paralysies par lésions des nerfs moteurs dans le trajet compris entre leur origine apparente et leur entrée dans l'orbite ; 4° enfin, les paralysies dues aux lésions des branches terminales.

Le traitement a pour but de dissiper les troubles visuels qui gênent le malade en attendant la guérison complète ; en second lieu, de rechercher cette guérison tout en prévenant la formation de contractures secondaires. Le traitement général joue toujours le principal rôle ; comme traitement local, les auteurs préfèrent les courants continus, tout en utilisant parfois, mais avec réserves, les courants faradiques ; ils emploient en outre les exercices stéréoscopiques.

Il est malheureusement des cas incurables dans lesquels on est forcé de recourir aux opérations chirugicales : ténotomie ou avancement capsulaire. Les auteurs décrivent ici ces deux opérations.

Vient ensuite le strabisme non paralytique ou concomitant, accompagné de développements très complets. Les auteurs terminent par quelques pages consacrées au nystagmus ce fascicule, qui sera certainement l'un des plus importants de ce traité.

A. Chevallereau.

NÉCROLOGIE

Le Dr Grassi, ancien directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 60 ans.

Le Dr Fernand Meyer, médecin des sapeurs-pompiers de Lyon, décédé à l'âge de 34 ans.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les professeurs Charcot, Grancher et Verneuil sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1887-1888.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie, pour l'année scolaire 1887-1888, est composé comme suit :

MM. Cadiat, chef des travaux ; Variot, préparateur; Launois ; Pilliet ; Chatellier ; Leroy ; Girod, aides-préparateurs.

Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, pour raison de santé, à M. Cadiat, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Rémy, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés pendant l'année scolaire 1887-1888 :

1° *Chefs de travaux de laboratoires.* — MM. Magnien, histoire naturelle ; Rodet, médecine expérimentale ; Chandelux, anatomie et histologie ; Bard, anatomie pathologique ; Didelot, physique ; Linossier, chimie minérale ; Reboul, physiologie ; Levrat, médecine opératoire ; Beauvisage, matière médicale ; Hugonenq, chimie organique ; Coutagne, médecine légale ; Florence, pharmacie ; Mondan, clinique chirurgicale ; Blanc, clinique médicale (travaux biologiques).

2° *Préparateurs de travaux de laboratoires.* — MM. Despeignes, histoire naturelle ; Gaillard, médecine expérimentale ; Meurer, anatomie pathologique ; Lignon, chimie minérale ; Doyon, physiologie ; Pollosson (Auguste), médecine opératoire ; Jacquemet, matière médicale ; Barral, chimie organique ; Saint-Cyr, médecine légale.

3° *Aide-préparateur de travaux de laboratoires.* — M. Trévoux, anatomie pathologique.

Mission. — M. le professeur Trélat, membre de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission à Constantinople et à Athènes pour visiter les établissements scientifiques, médicaux et charitables de ces deux villes.

M. le docteur Barette, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est adjoint à la mission de M. Trélat.

Nomination d'un professeur de thérapeutique et de matière médicale a la Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté de médecine de Montpellier avait présenté en première ligne M. Pécholier par 10 voix contre 5.

M. Hamelin avait été présenté en deuxième ligne.

La section permanente a modifié l'ordre des présentations et M. le Ministre a nommé M. Hamelin.

Nous avons reçu à ce sujet une vive protestation sur l'incompétence de la section permanente qui ne contient qu'un seul médecin.

Étant donnée la législation actuelle, la section permanente n'a usé que de son droit.

M. le Ministre a choisi dans la limite de ses pouvoirs.

Nous avons vu nommer des candidats qui ne figuraient à aucun titre sur les listes de la Faculté. Ces nominations étaient certainement plus sujettes à critiques que celles-là.

On peut se demander, à cette occasion, si le mode actuel de nomination des professeurs est à l'abri de toute discussion ? Je crois que si l'on s'adressait aux intéressés pour leur demander leur avis, ils voteraient tous pour obtenir une modification profonde de la composition du Conseil chargé de statuer sur les présentations des Facultés.

L'incompétence de la Commission permanente est indiscutable. Les hommes qui la composent, tous fort distingués dans leurs spécialités, ne sauraient être universels. Si le Ministre a besoin de contrôler par un vote supplémentaire les vœux émis par les Facultés, c'est à une juridiction plus compétente qu'elles qu'il serait utile de s'adresser. Ne devrait-on pas s'adresser à un jury pris parmi les hommes dont les connaissances

spéciales se rattachent à l'enseignement vacant, à l'Institut ou à l'Académie de médecine ? Il y a mieux à faire que ce qui se fait aujourd'hui, mais comme personne ne se plaint dans la presse, il est probable que tout est pour le mieux. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux.*)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Lemardeley, médecin principal de deuxième classe, a été désigné pour être adjoint au chef du service de santé, au ministère de la guerre.

— M. Granjux, médecin-major de première classe, a été désigné pour assurer le service de recrutement de la Seine et de la Prison militaire du Cherche-Midi.

HOPITAUX DE ROUEN. — *Concours pour une place de chirurgien-adjoint.* — A la suite du concours ouvert le 11 août, M. le docteur Ch. Bataille, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien-adjoint.

LA VACCINATION RABIQUE DES CHIENS. — Dans sa séance du 24 août, le Conseil général de la Gironde a émis le vœu suivant :

1° Que la question de l'établissement sur toute l'étendue du territoire de la France d'un service de vaccination rabique des chiens soit mise à l'étude dans le plus bref délai ;

2° Que les plus grands efforts soient faits pour arriver à ce but, et que dans le cas d'une solution favorable, la vaccination rabique des chiens soit rendue obligatoire.

LES HONORAIRES DU Dr MACKENSIE. — Le gouvernement allemand a compris que la somme dérisoire qu'il avait allouée au docteur Mackensie était indigne du Kronprinz auquel le docteur anglais avait donné ses soins.

Le *Bulletin de la Cour* annonce que la somme remise au docteur n'a servi qu'à rembourser ses frais de voyage.

Les honoraires restent absolument en dehors. Le docteur Mackensie s'en remet sur ce point à la décision de la Cour.

C'est un petit fait à ajouter à tous ceux qui démontrent déjà la ladrerie proverbiale de la Cour de Berlin. (*Rev. de thérap.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 21 au 27 août* 1887. — Fièvre typhoïde, 23 — Variole, 7. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 21. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 40. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 61.

Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 53.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 156.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 12. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 157. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 946. — Résultat de la semaine précédente : 885.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 2.

34e Année. — Tome II. N° 104 Mardi 6 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De quelques travaux récents sur le traitement de la phthisie pulmonaire.

Partant de ce fait depuis longtemps pressenti que l'agent de la tuberculose est un bacille qui végète sur un terrain préparé et qui conduit secondairement par l'intensité des désordres locaux à l'état de phthisie, la thérapeutique a concentré ses efforts sur ces deux points : détruire ou empêcher la reproduction des bacilles, fortifier l'organisme contre son ennemi, c'est-à-dire placer le terrain dans de mauvaises conditions pour la culture du microbe, c'est dire qu'il y a un traitement général qui a pour but de relever la nutrition et un traitement spécifique qui s'attaque à la cause.

Une fois l'agent tuberculeux reconnu, on chercha à savoir par l'expérimentation si ces prétentions de la thérapeutique étaient justifiées. Or, les premières recherches dirigées dans ce sens ont servi du moins à montrer qu'on avait affaire à forte partie ; on a reconnu que le bacille de Koch et ses spores sont extrêmement résistants et la plupart des antiseptiques n'exercent sur ces microbes une action destructive qu'à des doses qui ne sont pas sans danger pour la vitalité des tissus, à tel point que, d'après M. Vallin, une solution de sublimé au 2.000e ne serait pas suffisante pour détruire ces organismes. Mais si l'expérimentation nous fait toucher du doigt la difficulté d'une action thérapeutique dirigée dans ce sens, ce n'est pas une raison pour désespérer. Il se peut que le bacille exige pour être immédiatement détruit des agents antiseptiques qui deviennent nuisibles aux tissus par leur concentration, mais on admet aussi avec raison qu'une thérapeutique moins agressive diminue peu à peu la vitalité des microbes et peut les faire disparaître complètement. C'est sur cette donnée que les praticiens se sont mis à l'œuvre pour arrêter le mal à sa source. Plusieurs procédés sont employés pour

atteindre ce but; on peut introduire les antiseptiques dans la circulation par voie d'absorption stomacale ou rectale, on peut les introduire dans les voies respiratoires sous forme d'inhalations ou de pulvérisations; on a substitué à l'absorption par l'intermédiaire de la muqueuse digestive l'absorption sous-cutanée, enfin on a fait des injections dans le tissu pulmonaire directement.

Le professeur Lépine a rappelé récemment le parti qu'on peut tirer de l'iode et des iodures, qui d'ailleurs ont été depuis longtemps recommandés par différents observateurs; il préconise surtout l'iodure de sodium qu'on peut prescrire jusqu'à la dose de 15 ou 20 grammes chez l'adulte. Il est certain qu'on a vu guérir des cas de tuberculose aiguë : il arrive même très souvent que des poussées se font à plusieurs reprises, laissant au malade des intervalles plus ou moins longs de santé relative. Dans un cas de tuberculose aiguë à forme pneumonique, l'autopsie montre une éruption granuleuse discrète, ce que M. Lépine attribue au traitement par l'iodure de sodium, dont il a souvent remarqué les bons effets en pareil cas. Ce médicament rend d'ailleurs de grands services dans la méningite tuberculeuse. L'utilité de l'iodoforme est plus contestée; quelques expérimentateurs lui accordent même une action antiseptique inférieure à celle d'autres agents contre le bacille tuberculeux. Cependant les observations de Josselin, de Verneuil, de Billroth doivent encourager les praticiens à s'adresser à ce médicament.

Sommerbrodt à conseillé récemment l'emploi méthodique de la créosote sous forme de capsules contenant 0,05 de cette substance et 0,2 de baume de tolu. On augmente chaque jours le nombre des capsules, jusqu'à 6 ou 8 et on continue la médication pendant plusieurs mois avec quelques semaines de repos. La tolérance se fait facilement et les résultats seraient très satisfaisants.

On connaît la méthode des injections gazeuses rectales inaugurée par M. Bergeon dans le traitement des affections pulmonaires. Les gaz acide carbonique, acide sulfhydrique sont injectés dans le rectum au moyen d'un appareil spécial et sans qu'il en résulte aucune action irritante pour l'intestin. Sous l'influence de ce traitement, les malades atteints de bronchite chronique, tuberculeuse ou non, voient diminuer la toux, l'oppression et l'expectoration, mais il ne paraît pas, d'après les premières observations de Morel et de Chantemesse, que les bacilles disparaissent des crachats. Bien plus, Spillmann et Parisot rapportent un cas dans lequel le processus tuberculeux évolua malgré la diminution de la toux; l'expectoration avait augmenté. Dans un cas de péritonite tuberculeuse, les injections gazeuses furent inutiles, la tuberculose pulmonaire continua sa marche, le traitement parut même provoquer les sueurs absentes jusqu'alors. La tempéra

ture resta la même et l'appétit ne fut pas relevé. Seuls les vomissements et la toux cessèrent. Devant ce résultat partiel, ces auteurs pensent que l'action de ce traitement doit être attribuée à l'anesthésie générale que produit la pénétration de l'acide carbonique dans la circulation.

Solis-Cohen, qui a appliqué la méthode à 25 phthisiques, a constaté les effets signalés par M. Bergeon, c'est-à-dire, la diminution de la toux et de l'expectoration, et conséquemment l'amélioration de l'état général. Dans un cas, l'auteur n'obtint aucun résultat. La valeur thérapeutique de cette méthode ne peut donc être fixée d'une manière définitive, mais le fait qui se dégage des observations est qu'elle ne peut constituer un moyen exclusif et spécifique de la tuberculose pulmonaire. Tout le monde s'accorde d'ailleurs pour reconnaître, sinon une action sur les bacilles, du moins des effets immédiats sur les symptômes pulmonaires, d'où l'amélioration de l'état général, l'augmentation de l'appétit et du poids. Mais Statz a déclaré formellement que les bacilles se retrouvaient dans les crachats en nombre aussi considérable qu'avant, qu'il n'a pas pu guérir un seul cas de phthisie pulmonaire bien que tous les symptômes fussent amendés. Enfin un point que ce dernier auteur à reconnu, mais qui a été déjà signalé par Bergeon, est que les eaux minérales sulfureuses naturelles sont de beaucoup plus efficaces que les préparations artificielles, et qu'on s'expose à échouer par l'emploi de ces dernières.

L'absorption des agents antiseptiques ou anticatarrhaux peut se faire par la surface pulmonaire lorsqu'on réduit ces agents à l'état de vapeur. Pour nous en tenir aux tentatives récentes, nous citerons les inhalations de menthol préconisées par A. et S. Rosenberg, qui se servent également d'une solution huileuse de cette substance en badigeonnages sur les ulcérations laryngées. Ici encore les résultats sont incomplets. Les symptômes s'améliorent, l'appétit s'accroît, mais les bacilles ne paraissent pas diminuer.

Enfin, dans le même but, Brémond charge les bains de vapeur d'essence de térébenthine volatilisée.

Depuis que M. Ball a exposé les résultats des injections hypodermiques imaginées par Roussel dans le traitement de la phthisie, plusieurs observateurs ont fait part de leurs recherches sur ce point. On sait que l'eucalyptol a la propriété à un haut degré d'empêcher la multiplication des bacilles. Mais les propriété irritantes de cette substance, son insolubilité, rendent son emploi difficile. On l'a incorporée à l'huile d'olives, à l'huile d'amandes douces dans la proportion de 1 partie pour 2,3 ou 4 d'huile. D'après Dujardin-Beaumetz, l'expectoration diminue rapidement, mais les bacilles ne sont pas

supprimés. Guiffart a obtenu chez 3 malades sur 5 une diminution considérable de la dyspnée et de l'insomnie.

Bouveret et Péchadre ont employé l'eucalyptol mélangé à la vaseline suivant l'indication de Meunier dans la proportion de 1 à 5. Des injections quotidiennes étaient faites avec la seringue de Pravaz, de 1 à 2 grammes d'eucalyptol, pendant 30 ou 40 jours. Cette méthode n'a d'autre inconvénient que celui de provoquer parfois une douleur locale ou un peu de céphalalgie. Quelques minutes après l'injection, le patient perçoit le goût caractéristique ; l'urine n'exhale aucune odeur aromatique et l'eucalyptol paraît s'éliminer surtout par la voie pulmonaire, en tout cas il n'exerce aucune action irritante sur le rein.

L'état fébrile contre-indique l'emploi de ce moyen, car on ne voit jamais dans ce cas la fièvre diminuer et l'on ne constate pas les bons effets observés chez les phthisiques sans fièvre. Cette réserve faite, les injections d'eucalyptol diminuent l'expectoration et les sueurs nocturnes, augmentent l'appétit et le sommeil. En résumé, l'effet de ce médicament est celui des balsamiques ; son emploi en injections évite son action irritante sur l'estomac, enfin l'expérience montre qu'on ne doit pas dépasser 0,50 à 1 gramme par jour.

Enfin on a essayé de porter l'antisepsie jusque dans le poumon pour agir directement sur les portions de poumon malade ou sur les cavernes. Riva a plaidé au congrès médical de Pérouse pour les injections médicamenteuses intra-pulmonaires. Les premières expériences datent de 1883. Voici comment il procède : on détermine par la percussion le point malade, on nettoie soigneusement la région et on introduit profondément dans le tissu pulmonaire une longue aiguille (désinfectée à l'eau bouillante) d'une seringue de Pravaz remplie à moitié d'une solution antiseptique et qu'on injecte lentement. Si l'injection provoque la toux, c'est qu'on est dans une bronche et il faut retirer un peu l'aiguille. On pratique l'opération entre les espaces intercostaux, soit en avant soit dans l'aisselle ou au voisinage de l'omoplate.

Les expériences faites sur les animaux ou sur le cadavre démontrent, d'après Riva, que le liquide médicamenteux injecté pénètre au moins dans toute l'épaisseur de la partie malade et que même les substances caustiques ne déterminent qu'une inflammation très restreinte. Les liquides employés sont l'essence de térébenthine, la créosote (1 gr. pour 10 d'alcool) avec addition d'eau, le sublimé, l'acide lactique, le chlorure de zinc. La méthode serait assez innocente, puisque le plus souvent le malade n'éprouve aucune sensation anormale et que souvent la température vespérale s'abaisse. Mais son auteur ne nous donne pas de renseignements sur la valeur thé-

rapeutique de ces injections. D'autres auteurs, Arthur Ransome, entre autres, ont été moins heureux et leurs expériences laissent quelque crainte sur l'innocuité de la méthode. Ransome nous dit avoir observé une violente hémoptysie dans un cas, un pneumothorax dans un autre ; dans un troisième il y eut des phénomènes alarmants, tendance à la syncope, accélération du pouls et de la respiration, douleurs et fourmillements dans les extrémités, éruption d'urticaire 5 minutes après sur la poitrine et le dos. Ces accidents se dissipèrent, mais il y eut le jour suivant des accès épileptiformes. Enfin Blake White a injecté à plusieurs reprises dans une même caverne quelques gouttes d'une solution iodique phéniquée renfermant du sulfate de morphine et d'atropine. Le malade qui était arrivé au dernier terme d'une phthisie ulcéreuse fut grandement soulagé au point de vue de tous les symptômes. Mais White quittant son service, le traitement ne fut pas continué, et, l'état général s'agravant, le malade mourut.

Ces observations montrent qu'on peut tirer parti des injections intra-pulmonaires, mais la méthode exige encore des études expérimentales complémentaires chez les animaux auxquels on peut inoculer la tuberculose.

Pour relever l'état général, s'opposer à la dénutrition et à l'amaigrissement, on s'adresse en général aux corps gras, c'est ainsi que, dans certaines parties de la Russie, on compose un breuvage constitué par un mélange de lard et de lait réputé bienfaisant dans les maladies de poitrine. On ne peut douter des excellents résultats publiés par M. Akimenko sur ce sujet, mais on peut affirmer qu'une telle association s'acclimatera difficilement chez nous et nous continuerons à recourir à l'huile de foie de morue supposée moins désagréable.

Frappé des inconvénients que présente l'usage des huiles en général, de l'huile de foie de morue surtout, Senator à proposé de les remplacer soit par le blanc de baleine, soit par des acides gras combinés aux alcalis, c'est-à-dire des savons. Le spermaceti ou blanc de baleine était employé autrefois dans les affections catarrhales et dans les maladies infantiles. C'est un corps solide à texture cristalline fusible à 44° environ, composé d'oléine et d'un corps gras que Chevreul a appelé cétine. La cétine n'est autre que de l'acide margarique combiné non pas à la glycérine comme pour les autres corps gras, mais à un principe analogue, mais solide, appelé éthal par Chevreul. Senator prescrit 10 à 20 grammes d'un mélange de sucre et de blanc de baleine, dans lequel ce dernier entre pour un quart. La saponification de ce corps aurait lieu dans l'organisme d'après Liebreich. Les autres corps gras sont employés sous forme de savon médicinal

divisé en pilules kératinisées afin de permettre leur absorption seulement dans l'intestin.

L. JUMON.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

DE L'AMYKOS DANS LES AFFECTIONS CATARRHALES. — Dans le *Russkaia meditzine* (n° 46, 1886, p. 793), le Dr J. Trusewicz (de Saint-Pétersbourg) appelle l'attention sur l'amykos, un antiseptique liquide préparé à Upsala et très répandu en Suède et en Finlande. Cet antiseptique paraît composé essentiellement d'acide borique et de thymol. Dilué avec deux ou trois fois son volume d'eau, l'amykos rend de réels services pour les lavages dans les cas de coryza aigu ou subaigu ou de rhinite syphilitique. L'auteur s'est également servi avec avantage des solutions d'amykos comme collyre dans la conjonctivite simple et comme irrigation dans l'otite catarrhale. Les meilleurs résultats toutefois ont été obtenus dans la blennorrhagie aiguë ou chronique ; les douleurs cuisantes de la miction s'amendent immédiatement et après deux ou trois jours l'écoulement de purulent devient muqueux. Il convient de commencer par des injections faibles, une partie d'amykos pour quatre parties d'eau. Au bout de deux ou trois jours, on augmente graduellement la force de la solution. Des cas légers guérissent en une semaine. Lorsque l'écoulement muqueux ne cesse pas au bout de ce temps, il faut ajouter à la solution d'amykos un astringent comme le sulfate de zinc ou l'acétate de plomb.

DE LA PHTHIRIASE PALPÉBRALE. — Le Dr *L. Rosenmeyer* (*Münch. med. Wochenschr. G.* 9/86) a observé en peu de temps à la clinique ophthalmologique de l'Université d'Erlangen trois cas de phthiriase palpébrale, soignés pendant longtemps et sans succès par des médecins comme des blépharites ciliaires ; aussi veut-il appeler l'attention des praticiens sur ce point.

Les poux volumineux s'enfoncent solidement dans la peau et pénètrent avec leur tête dans les canalicules de sortie des poils, et les taches larges comme des têtes d'épingles qu'ils forment sur le bord externe des paupières peuvent en imposer pour des croûtes d'un brun jaunâtre. Le changement le plus notable existe au niveau des cils ; par suite du dépôt des œufs près du bord des paupières, leur tige paraît couverte d'une poudre d'un brun noirâtre.

Souvent le véritable aspect de la phthiriase est masqué par les symptômes de l'eczéma, alors c'est seulement par un examen attentif

des cils fait en particulier avec la loupe qu'on peut établir le diagnostic.

En dehors de frictions avec des pommades au précipité blanc ou au précipité jaune, il est de toute importance d'enlever mécaniquement les œufs attachés aux cils, car sans cela l'affection, guérie en apparence, récidive au bout de quelques semaines. Le meilleur moyen de pratiquer cette ablation consiste à faire reposer les cils sur un plan résistant et à les racler avec le dos du couteau.

RECHERCHES SUR L'EFFET DES BACTÉRIES SUR LES PLAIES OCULAIRES. — A la fin du cours de bactériologie fait au laboratoire de Koch à Berlin, *Knapp*, de New-York (*Archiv für Augenheilk.* XVI Bd. 2 Hft.) a fait un certain nombre d'expériences sur des lapins et sur des cobayes pour montrer la marche différente des plaies, suivant qu'elles sont nettes ou infectées. Un œil était opéré aseptiquement, les mains et les instruments étant propres, mais sans antisepsie, puis la plaie était abandonnée à elle-même. L'autre œil subissait la même opération, mais immédiatement après on mettait en contact de la plaie diverses cultures pures. On a fait en tout 25 expériences parallèles de ce genre. Les résultats sont extrêmement intéressants (1). Tous les yeux inoculés avec des cultures pyogènes furent perdus par suppuration, cependant quelques-uns, qui n'avaient subi que des opérations superficielles se rétablirent lentement et guérirent, mais en conservant certaines lésions. Tous les yeux opérés aseptiquement guérirent sans aucune suppuration. Knapp fit plusieurs inoculations sans aucun virus pyogène (le champignon de la conserve de roses). Dans ces plaies il ne survint pas de suppuration, cependant la guérison se fit attendre jusqu'à ce que, sans aucune irritation, le corps étranger fut repoussé sous une petite formation muqueuse. Knapp donna à ces expériences une forme qui les fit paraître immédiatement pratiques. Ainsi, il opéra un œil avec un couteau infecté, puis il se contenta de faire couler de l'eau pendant un quart de minute sur le couteau, et il opéra le second œil : les deux yeux furent pris de suppuration. Il recommença cette expérience en lavant et en essuyant avec soin le couteau après la première opération. Cette fois le second œil opéré guérit par première intention. A. CH.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MYOSITE INFECTIEUSE PRIMITIVE, par M. *Brunon*, ancien interne des hôpitaux. Paris, Steinheil, 1887.

L'auteur de ce laborieux travail établit d'abord l'histoire de la

(1) Tous sans exception montrent l'influence des bactéries sur la suppuration.

myosite considérée primitivement comme une manifestation du *rhumatisme*. Celui-ci peut suppurer, les abcès des muscles sont sous sa dépendance. Telle est l'opinion de Villeneuve, Bérard, Bouillaud, Ferrus, etc. Dans une deuxième période, à la suite du mémoire de Tessier sur la diathèse purulente, on fit des abcès des muscles une des manifestations de la *fièvre infectieuse purulente*. La thèse inaugurale de Dionis des Carrières, en 1851, ouvrait une ère nouvelle à la myosite qui devenait une *inflammation banale* n'offrant rien de bien particulier dans son évolution. Cruveilhier le premier a semblé prévoir ses caractères infectieux et beaucoup plus tard, en 1866, Desprès insista sur sa gravité. A l'époque actuelle Hayem admet une *myosite spontanée* qui dans sa forme la plus grave revêt l'aspect d'une maladie infectieuse à marche rapide.

Laissant de côté les myosites traumatiques et les myosites secondaires, M. Brunon consacre précisément ses recherches à cette variété spéciale dans le but de démontrer : 1° *Qu'il existe une maladie générale dont la manifestation locale est cette myosite*; 2° *que cette maladie générale est infectieuse.*

Comment se comporte cliniquement cette affection : voici le mode de début, la marche et la terminaison des cas les plus frappants. Un homme, surmené par des fatigues physiques excessives ou affaibli par une cause quelconque, a un frisson subit; immédiatement s'allume une fièvre intense, la température monte à 40°; il accuse quelques douleurs rhumatoïdes mal définies, les phénomènes généraux restent graves pendant quelques jours et tout à fait hors de proportion avec les symptômes locaux; il meurt et à l'autopsie on trouve des abcès musculaires.

Parfois les symptômes généraux du début cesse peu à peu et on voit apparaître des accidents locaux au niveau d'un muscle ou d'un groupe de muscles, ou bien encore l'élément douleur attire le premier l'attention, ce qui permet d'établir une forme suraiguë dans laquelle les symptômes locaux ont à peine le temps d'apparaître tant la mort est rapide; une forme aiguë avec symptômes généraux graves dès le début, mais susceptibles de s'amender dans la suite; enfin une forme subaiguë avec prédominance des signes locaux. Le diagnostic de la première forme n'a été souvent fait qu'à l'autopsie; pour la seconde on pourra songer à une fièvre typhoïde, à une fièvre éruptive, à une endocardite ulcéreuse si les symptômes généraux apparaissent d'abord, à un rhumatisme articulaire aigu si les signes locaux ouvrent la scène. Enfin lorsque les abcès sont formés l'on devra différencier la maladie d'avec le farcin, l'infection purulente, l'ostéomyélite. Avec un peu d'attention on distinguera assez facilement les cas bénins d'avec le phlegmon circonscrit, la myosite traumatique ou syphilitique.

Le surmenage, l'impaludisme, la mauvaise alimentation, l'alcoolisme, en résumé toutes les causes de misère physiologique jouent un grand rôle dans le développement de l'affection. Les muscles principalement atteints sont ceux auquels est dévolue la plus grande somme de travail habituel, les grand pectoral, deltoïde, triceps brachial, biceps, psoas, biceps fémoral, et les muscles postérieurs de la jambe.

Les travaux de Hayem en France, de Hoffman à l'étranger ont fixé l'histoire anatomo-pathologique de la myosite, Pasteur l'a produite expérimentalement dans ses recherches sur le choléra des poules. L'examen histologique répété un certain nombre de fois sur diverses pièces de l'une des observations annexées au travail conduit à admettre comme probable la filiation des accidents dans l'ordre suivant.

Myosite parenchymateuse, première hémorrhagie comme conséquence de cette myosite, enfin myosite interstitielle succédant à l'hémorrhagie.

L'examen microbiologique n'a pas permis de constater l'existence de bactéries.

Au point de vue pathogénique, M. Brunon rapproche la myosite de l'ostéo-myélite dont la nature infectieuse a été démontré par Pasteur. Les deux maladies sévissent surtout chez les individus jeunes et surmenés, toutes deux sont caractérisées par une inflammation suppurative, par une rapidité quelquefois très grande dans la formation du pus et par des phénomènes généraux qui indiquent une infection de tout l'organisme. *Pour l'os*, l'infiltration purulente diffuse du tissu spongieux et de la moelle; *pour le muscle*, la transformation en pus de toute sa masse charnue font de l'une et l'autre affection deux maladies presque constamment mortelles. Dans les deux cas les accidents généraux aigus sont ceux de la septicémie et de la pyohémie. L'ostéo-myélite est une des maladies dont l'origine bactéridienne est une des mieux établies; peut-être aussi y a-t-il infection microbienne dans la myosite. Sur ce point de nouvelles recherches sont nécessaires; tandis que Fedor Krause affirme avoir trouvé des micro-organismes, M. Brunon n'en a pas rencontré. Quant au traitement il ne peut être que prophylactique, il se borne à éviter par des mesures d'hygiène les causes d'infection.

L. BOUCHEZ.

NOUVELLES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Congrès de Toulouse.* — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Toulouse à partir du 22 septembre prochain, sous la présidence de M. Rochard.

L'année prochaine, le Congrès se tiendra à Oran, au mois d'avril. Les personnes inscrites en 1887 seront seules assurées de jouir des avantages accordés aux membres de l'Association.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE. — Sont délégués à ce Congrès : 1° pour l'Académie de médecine, MM. les docteurs Brouardel, Cornil, Le Roy de Méricourt, Proust, Vallin, Vidal; 2° pour le ministère du Commerce et de l'Industrie, MM. les docteurs Brouardel, Proust, A.-J. Martin, G. Pouchet, Gilbert Ballet; 3° pour le ministère de l'Intérieur, MM. Monod et le docteur Napias; 4° pour le ministère de l'Instruction publique, M. Émile Trélat; 5° pour le ministère de l'Agriculture, M. Chauveau; 6° pour le ministère de la Guerre, MM. les docteurs Richard et Longuet; 7° pour le ministère de la marine, M. le docteur Treille; 8° pour la ville de Paris, MM. Levraud, Strauss, Chassaing, Navarre, Cernesson et Vaillant, conseillers municipaux; 9° pour la Préfecture de la Seine, MM. Durand-Claye et les docteurs Peyron et Bertillon; 10° pour la Préfecture de police, M. Bezançon.

CHOLÉRA. — L'épidémie cholérique est stationnaire en Italie. Les diverses localités contaminées en Sicile ont à peu près le même nombre de cas que la semaine dernière. On en signale toujours quelques-uns à Naples et à Tivoli près Rome. Le reste de la Péninsule continue à être indemne.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 28 août 1887, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Parent, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

MM. les docteurs en médecine Pillet, Colleville, Pascalis, Chatellier, Jullian, Chaslin, Perrenot, Lefranc et Bertrand.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Brocq.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Cabasse et Ribemont.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Fréry.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Quéré.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Petit et Ollive.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Duran, Chenantais, Bayou, Harel, Ertaud et de Sallier-Dupin.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Lemarié.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. Callen et Méricamp.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Rey, Saussol, Bitot, Bezy et Valude.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Barthez et Veil.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Armandy.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Bosson, Nicole, Bourguignon, Blaudez et Soufflet.

— Par décrets, en date des 26 et 28 août 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, démissionnaires, Segrestan et Bellouard

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Conit, Buchin, Brégeat, Scheydt, Marty, Pirodou, Charles, Tarrou, Nivet, Schürrer, Ménétrier, Dasque, Nabias, Rochet, Ramakers et Camescasse.

Au grade de pharmacien major de première classe. — M. Figuier, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Lacomme, Vial, Baudoin, Dulau, Six, Jacquet et Porteret.

— Par décision ministérielle, en date du 27 août 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Viry, pour occuper un emploi de son grade à l'administration centrale du ministère de la guerre; Poignon, pour occuper un emploi de son grade à l'École de Saint-Cyr ; Mounier, pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire de Belfort ; Schindler, pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

L'Académie des sciences vient de recevoir le legs d'une somme, dont les arrérages devront servir à la fondation d'un prix qui portera le nom de prix *Pourrat*, du nom de son généreux donateur.

Ce prix, d'une valeur de deux mille francs, devra être décerné, tous les ans, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet proposé chaque année par l'Académie, et relatif à l'art de guérir.

La Commission, chargée de désigner la question à mettre au concours pour 1888, a été nommée dans la séance de lundi dernier ; elle se compose de MM. Charcot, Bouchard, Larrey, Marey et Richet.

Stations de voitures pour le transport des contagieux. — On vient de commencer, rue Crozatier, derrière l'hôpital Saint-Antoine, et rue Staël, entre la rue Lecourbe et la rue de Vaugirard, dans le voisinage de l'hôpital des Enfants-Malades, les travaux de construction des stations de voitures qui seront installées dans ces deux endroits pour le transport des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Dès le 27 décembre 1880, le Conseil municipal avait ouvert un crédit de 8,000 francs pour l'achat d'une voiture conforme au type de celles employées à Bruxelles et il avait voté, depuis 1881, un crédit de 19,000 francs, dont 17,000 francs affectés aux frais de traction et 2,000 aux frais d'entretien de quatre voitures. Celles-ci étaient logées à l'Hôtel-Dieu, dans une remise de trente à trente-cinq mètres de superficie ; une petite écurie, où couchait le cocher, renfermait, et renferme encore du reste, deux chevaux.

Après un voyage à Londres où elle étudia ce qui avait été fait par nos voisins en matière de prophylaxie administrative, la Commission sanitaire du Conseil présenta un rapport concluant à la création de deux stations de douze voitures chacune. Indiquant ce qui se faisait à Londres, le rapporteur disait : « Londres possède aujourd'hui trois dépôts ou stations, environ soixante voitures, quatre embarcadères et trois bateaux à vapeur. Les chevaux attendent tout harnachés ; une infirmière monte dans chaque voiture. »

La Commission et le Conseil municipal ont pensé que deux stations suffiront pour Paris. Les douze voitures que chacune d'elles recevra seront affectées aux maladies suivantes : deux pour la variole, deux pour la diphtérie, deux pour la rougeole, deux pour la scarlatine, deux pour la fièvre typhoïde et les deux dernières aux autres affections, coqueluche, érysipèle, etc.

Les écuries seront construites pour recevoir six chevaux, mais elles n'en renfermeront que deux en temps normal. S'il arrive que l'on manque de chevaux, on procédera comme à Bruxelles : un cocher de fiacre sera requis dans la rue pour effectuer, avec son cheval, le transport du malade. La course lui sera payée le double du tarif habituel.

Un certain nombre d'infirmières, logées dans les hôpitaux voisins, seront attachées à chaque station. Le personnel se composera d'un gardien-chef, de deux cochers, dont un marié, pour que sa femme puisse être la femme de service. Ils seront tous logés aux dépôts ou stations et nourris aux frais de la Ville. Le rapport estime qu'il suffira d'un crédit de 14,000 francs pour le personnel de chaque station.

Les devis de celle située rue Crozatier s'élèvent à 70,000 francs ; celle de la rue Staël coûtera 80,000 francs ; mais il n' a rien été dépensé pour les terrains, qui appartiennent soit à l'Assistance publique, soit à la Ville. La construction comprendra un logement pour le gardien-chef, deux pour les cochers, une salle de garde, un bureau avec installation téléphonique, une cuisine, un réfectoire, une sellerie, six remises pouvant contenir chacune deux voitures et une écurie pour six chevaux.

Quant aux voitures, elles seront construites comme celles du Conseil métropolitain de Londres, de façon à permettre à un infirmier de s'asseoir au chevet du malade. Elles coûteront vraisemblablement 2,500 francs chacune, ce qui fera un total de 60,000 francs.

La Préfecture de police conservera la centralisation des demandes de voitures, mais elle devra informer à chaque demande l'administration de l'Assistance publique, qui seule sera en mesure de connaître le nombre des lits disponibles dans chaque hôpital spécial. (*Le Temps*).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 105 Jeudi 8 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris le 7 septembre 1887.

M. le professeur Germain Sée a rappelé hier à l'Académie les applications thérapeutiques de l'antipyrine, ce nouveau et précieux médicament qui menace d'envahir une notable partie de la pathologie; M. Sée en a nettement spécifié les indications : la goutte, le rhumatisme articulaire, lorsque l'état du cœur ne permet pas d'employer le salicylate de soude, médicament auquel M. Sée conserve cependant la préférence dans tous les cas où il est applicable, le rhumatisme noueux, la sciatique, les douleurs tabétiques, les coliques hépatiques, les coliques néphrétiques, la dysménorrhée, les douleurs cardiaques, l'angine de poitrine sans sclérose et sans ossification des artères coronaires. Rappelons la migraine sur laquelle M. Sée avait insisté antérieurement. En somme, l'antipyrine, ce nouveau venu dans la thérapeutique, possède déjà un vaste domaine, et si ces conquêtes ne sont pas éphémères, l'antipyrine sera l'une des plus précieuses parmi les nombreuses acquisitions que la thérapeutique a faites dans ces dernières années.

M. Sée jette, au contraire, très volontiers par dessus bord l'antifébrine et le salol. Le salol n'agit déjà plus, paraît-il, tout au moins on ne le donne plus à l'intérieur et on n'utilise que ses propriétés antiseptiques pour l'usage externe.

Quant à l'antifébrine, elle guérit encore, mais en empoisonnant les gens; les malades deviennent bleus, l'oxyhémoglobine du sang se transforme en métahémoglobine, et la faculté respiratoire de ce liquide est enrayée ; il n'y a vraiment aucun avantage à courir de pareils dangers, tandis que l'antipyrine, qui donne les mêmes résultats thérapeutiques que l'antifébrine, est d'autre part absolument inoffensive.

M. Gellé a lu un travail sur le rôle des canaux semi-circulaires. Cet otologiste distingué met ces trois canaux en communication avec

supprimés. Guiffart a obtenu chez 3 malades sur 5 une diminution considérable de la dyspnée et de l'insomnie.

Bouveret et Péchadre ont employé l'eucalyptol mélangé à la vaseline suivant l'indication de Meunier dans la proportion de 1 à 5. Des injections quotidiennes étaient faites avec la seringue de Pravaz, de 1 à 2 grammes d'eucalyptol, pendant 30 ou 40 jours. Cette méthode n'a d'autre inconvénient que celui de provoquer parfois une douleur locale ou un peu de céphalalgie. Quelques minutes après l'injection, le patient perçoit le goût caractéristique ; l'urine n'exhale aucune odeur aromatique et l'eucalyptol paraît s'éliminer surtout par la voie pulmonaire, en tout cas il n'exerce aucune action irritante sur le rein.

L'état fébrile contre-indique l'emploi de ce moyen, car on ne voit jamais dans ce cas la fièvre diminuer et l'on ne constate pas les bons effets observés chez les phthisiques sans fièvre. Cette réserve faite, les injections d'eucalyptol diminuent l'expectoration et les sueurs nocturnes, augmentent l'appétit et le sommeil. En résumé, l'effet de ce médicament est celui des balsamiques ; son emploi en injections évite son action irritante sur l'estomac, enfin l'expérience montre qu'on ne doit pas dépasser 0,50 à 1 gramme par jour.

Enfin on a essayé de porter l'antisepsie jusque dans le poumon pour agir directement sur les portions de poumon malade ou sur les cavernes. Riva a plaidé au congrès médical de Pérouse pour les injections médicamenteuses intra-pulmonaires. Les premières expériences datent de 1883. Voici comment il procède : on détermine par la percussion le point malade, on nettoie soigneusement la région et on introduit profondément dans le tissu pulmonaire une longue aiguille (désinfectée à l'eau bouillante) d'une seringue de Pravaz remplie à moitié d'une solution antiseptique et qu'on injecte lentement. Si l'injection provoque la toux, c'est qu'on est dans une bronche et il faut retirer un peu l'aiguille. On pratique l'opération entre les espaces intercostaux, soit en avant soit dans l'aisselle ou au voisinage de l'omoplate.

Les expériences faites sur les animaux ou sur le cadavre démontrent, d'après Riva, que le liquide médicamenteux injecté pénètre au moins dans toute l'épaisseur de la partie malade et que même les substances caustiques ne déterminent qu'une inflammation très restreinte. Les liquides employés sont l'essence de térébenthine, la créosote (1 gr. pour 10 d'alcool) avec addition d'eau, le sublimé, l'acide lactique, le chlorure de zinc. La méthode serait assez innocente, puisque le plus souvent le malade n'éprouve aucune sensation anormale et que souvent la température vespérale s'abaisse. Mais son auteur ne nous donne pas de renseignements sur la valeur thé-

rapeutique de ces injections. D'autres auteurs, Arthur Ransome, entre autres, ont été moins heureux et leurs expériences laissent quelque crainte sur l'innocuité de la méthode. Ransome nous dit avoir observé une violente hémoptysie dans un cas, un pneumothorax dans un autre; dans un troisième il y eut des phénomènes alarmants, tendance à la syncope, accélération du pouls et de la respiration, douleurs et fourmillements dans les extrémités, éruption d'urticaire 5 minutes après sur la poitrine et le dos. Ces accidents se dissipèrent, mais il y eut le jour suivant des accès épileptiformes. Enfin Blake White a injecté à plusieurs reprises dans une même caverne quelques gouttes d'une solution iodique phéniquée renfermant du sulfate de morphine et d'atropine. Le malade qui était arrivé au dernier terme d'une phthisie ulcéreuse fut grandement soulagé au point de vue de tous les symptômes. Mais White quittant son service, le traitement ne fut pas continué, et, l'état général s'agravant, le malade mourut.

Ces observations montrent qu'on peut tirer parti des injections intra-pulmonaires, mais la méthode exige encore des études expérimentales complémentaires chez les animaux auxquels on peut inoculer la tuberculose.

Pour relever l'état général, s'opposer à la dénutrition et à l'amaigrissement, on s'adresse en général aux corps gras, c'est ainsi que, dans certaines parties de la Russie, on compose un breuvage constitué par un mélange de lard et de lait réputé bienfaisant dans les maladies de poitrine. On ne peut douter des excellents résultats publiés par M. Akimenko sur ce sujet, mais on peut affirmer qu'une telle association s'acclimatera difficilement chez nous et nous continuerons à recourir à l'huile de foie de morue supposée moins désagréable.

Frappé des inconvénients que présente l'usage des huiles en général, de l'huile de foie de morue surtout, Senator à proposé de les remplacer soit par le blanc de baleine, soit par des acides gras combinés aux alcalis, c'est-à-dire des savons. Le spermaceti ou blanc de baleine était employé autrefois dans les affections catarrhales et dans les maladies infantiles. C'est un corps solide à texture cristalline fusible à 44° environ, composé d'oléine et d'un corps gras que Chevreul a appelé cétine. La cétine n'est autre que de l'acide margarique combiné non pas à la glycérine comme pour les autres corps gras, mais à un principe analogue, mais solide, appelé éthal par Chevreul. Senator prescrit 10 à 20 grammes d'un mélange de sucre et de blanc de baleine, dans lequel ce dernier entre pour un quart. La saponification de ce corps aurait lieu dans l'organisme d'après Liebreich. Les autres corps gras sont employés sous forme de savon médicinal

trois centres nerveux ou foyers réflexes : le cervelet, le bulbe et le cerveau ; pour lui, leur rôle dans l'orientation serait absolument nul.

A. Ch.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la phtisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'acide phénique

MM. Filleau et Léon Petit ont entrepris depuis quelque temps déjà des recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phtisie pulmonaire.

Ils viennent de publier les premiers résultats de ces études (1).

Partant de la nature microbienne de la phtisie, ils ont tout d'abord cherché à déterminer quels étaient les agents qui avaient le pouvoir le plus considérable contre ce microbe. Ils ont expérimenté l'aniline, l'eucalyptol, le thymol, l'iodoforme, l'acide sulfureux, l'acide phénique. *L'acide phénique s'est montré le seul qui ait pu rendre les terrains de culture infertiles*, c'est-à-dire les mettre dans des conditions particulières incompatibles avec la vie ou tout au moins le développement du microbe tuberculeux.

Quant à la dose nécessaire, elle serait de 3 0/0 environ. — De ces premiers résultats, il est facile de comprendre que les auteurs ont dû ensuite expérimenter sur l'homme. Mais il s'agissait de savoir comment on administrerait l'acide phénique et tout d'abord par quelle voie.

Voie stomacale : Elle est très difficultueuse chez le phtisique : l'intestin, l'estomac sont malades. Il en est souvent de même du foie. D'ailleurs, chez ces malades, il n'est rien de plus à redouter que l'anorexie et les vomissements ; il ne faut donc rien faire qui soit susceptible de les provoquer.

Voie rectale : On sait que récemment M. Bergeon, de Lyon, avait préconisé les injections gazeuses rectales. Le moyen qui avait d'abord paru excellent n'est pas exempt d'inconvénients : L'irritation et la distension du gros intestin par des lavements liquides ou gazeux n'est plus sans danger puisqu'on se trouve en présence d'un organe sur lequel les manifestations tuberculeuses ont une si fâcheuse tendance à s'implanter. Le dosage exact du médicament est impossible

---

(1) *Curabilité de la phtisie.* Un fascicule de 140 p. chez O. Doin, éditeur. Paris, mai 1887.

et, en outre, on peut provoquer la diarrhée, si fâcheuse chez les phtisiques.

Voie pulmonaire : Les inhalations gazeuses constituent un adjuvant précieux, mais il résulte des expériences de Jacobelli, à l'hôpital Cochin, qu'elles ne sauraient à elles seules constituer un moyen curatif.

Voie hypodermique : C'est celle à laquelle se sont arrêtés les auteurs et voici les raisons qu'ils en donnent :

On est sûr que le médicament est pris. — Il est pris sans répugnance. On donne le médicament dissous dans une quantité d'eau connue, ce qui est important, car la vitesse du passage dans le sang est en rapport avec la quantité de liquide qui doit y passer. On n'a pas à craindre les modifications qui peuvent se produire sous l'influence des sucs du tube digestif. — On peut calculer avec une grande exactitude les doses médicamenteuses administrées. — La tolérance du tissu cellulaire sous-cutané dépasse de beaucoup les limites qu'on lui a assignées jusqu'à ce jour. — Mais il faut se soumettre à diverses précautions qui sont les suivantes :

L'introduction de l'aiguille doit être faite d'un seul coup, perpendiculairement à la surface épidermique, et jusqu'à la garde. Les régions les meilleures sont la région fessière, dans la zône aplatie située immédiatement en arrière du grand trochanter; le tronc, en avant, en arrière et principalement sur les côtés. Les seringues dont se servent MM. Filleau et Léon Petit contiennent 2,5; 5; et 10 c. c.

Les aiguilles sont celles employées pour toutes les injections hypodermiques. Elles doivent être démontées et lavées tous les jours à l'alcool puis passées dans une solution d'hydrate de chloral. Les aiguilles sont après chaque piqûre flambées, puis plongées dans une solution antiseptique (alcool phéniqué) dont on les tire au fur et à mesure des besoins. La même aiguille ne sert jamais à piquer deux malades de suite.

Quelles seront maintenant les solutions à employer?

Albin Meunier, Balzer, Dujardin-Beaumetz, ont démontré que la vaseline liquide jouissait de la propriété de rendre inoffensive pour la peau des solutions qui seraient caustiques si elles étaient injectées au même titre dans l'eau. Comme l'acide phénique n'est soluble qu'en faible proportion dans cette huile minérale, les auteurs ont eu l'idée de s'adresser par analogie aux huiles d'origine végétale. Ils ont donné la préférence à l'huile d'olives vierge. Pour la stériliser et la décolorer, on la porte à l'ébullition pendant 10 minutes, on la mélange de 5 0/0 de noir animal, puis on la soumet à une série de filtrations successives jusqu'à ce qu'elle soit à peu près blanche. On la porte alors une seconde fois à l'ébullition, et on la

conserve dans des flacons préalablement stérilisés et hermétiquement bouchés. On a ainsi préparé les formules suivantes.

1° Phénol absolu. . . .	10 gr.	2° Phénol absolu. . . .	20 gr.
Huile stérilisée. . .	90 —	Huile stérilisée . . .	80 —

Ces préparations ont l'inconvénient de n'être pas assez fluides : elles encrassent les aiguilles et en obstruent souvent la lumière. On peut les rendre plus liquides en les coupant de vaseline liquide dans des proportions compatibles avec la solubilité. On a alors les formules suivantes :

1° Phénol absolu. . . .	10 gr.	2° Phénol absolu. . . .	20 gr.
Huile stérilisée . . .	50 —	Huile stérilisée . . .	50 —
Vaseline liquide médicinale	40 —	Vaseline liquide médicinale	30 —

Chaque gramme de ces préparations huileuses renferme 10 et 20 centigr. de phénol absolu. Les doses peuvent être portées sans accidents jusqu'à 200 gouttes de la première et 100 gouttes de la seconde, soit 1 gr. de phénol absolu en 24 heures. La dose moyenne oscille entre 20 et 60 centigr. par jour.

Les auteurs se demandent ensuite comment de pareilles doses peuvent être introduites dans l'économie sans produire de phénomènes d'intoxication. De plusieurs de leurs observations, ils concluent que le phénol dissous dans l'huile se trouve dans un état particulier d'enrobage moléculaire qui explique l'innocuité locale des solutions à titre élevé, mais qui a aussi pour conséquence de ralentir l'absorption et de produire un emmagasinement de la substance active.

En définitive, ils injectent en général 100 gouttes de la solution au 10e tous les deux jours ou 100 gouttes de la solution au 5e tous les quatre jours.

Ce traitement n'empêche pas d'administrer les médicaments dirigés contre les symptômes : on aura recours aux médications habituelles pour calmer la toux, diminuer les sueurs nocturnes, combattre la diarrhée etc.

Les *inhalations* seront un adjuvant utile.

Bien entendu, l'hygiène, l'alimentation, les conditions climatériques gardent toute leur importance, qu'on emploie ou non le traitement aseptique.

L. GREFFIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Dianoux, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté (accepté); 2° une lettre de M. le Dr Dechaux qui envoie une note complémentaire du mémoire sur les épidémies de variole à Montluçon qu'il a précédemment adressé à l'Académie. (Comm. des épidémies.)

M. *le président* propose à l'Académie, pour composer la commission chargée d'examiner la communication faite dans la dernière séance par M. Luys, les noms de MM. Charcot, Brouardel, Marey, Larrey, Gariel.

M. Larrey se récusant, son nom est remplacé par celui de M. Hérard.

ANALYSE DE L'EAU DES FONTAINES DE BELVÈS (Dordogne). — M. *Marty*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Brouardel et Schutzenberger, lit le rapport sur l'analyse de ces eaux. Ce rapport se termine par ces conclusions :

L'eau n° 1, au point de vue de l'analyse, n'est pas de bonne qualité. La proportion élevée des chlorures qu'elle renferme la rend même suspecte.

L'eau n° 2 est certainement mauvaise, aussi bien au point de vue de l'analyse chimique qu'au point de vue de l'analyse bactériologique. L'échantillon mis à notre disposition contenait des bacilles considérés comme pathogènes de la fièvre typhoïde.

DE L'ANTIPYRINE ET DE L'ANTIFÉBRINE. — M. *G. Sée*. Dans le traitement de diverses maladies fébriles, on a pensé qu'il fallait d'abord chercher à abaisser la température ; or les abaissements brusqués de la température ne sont pas sans danger, témoin un cas de pneumonie aiguë relaté par l'auteur.

Dans un rhumatisme articulaire grave, quand on voit le cœur fléchir il ne faut pas employer le salicylate de soude ; dans ce cas il faut préférer l'antipyrine. Le rhumatisme articulaire qui cède le plus facilement à l'antipyrine est justement celui qui est le moins fébrile. Les rhumatismes localisés, les rhumatismes apyrétiques, les hydarthroses cèdent facilement à l'antipyrine.

Avec l'antifébrine on a des résultats à peu près analogues, mais il n'est pas nécessaire de recourir à un poison, car l'antifébrine est un poison comme M. Sée va le démontrer.

Quant au salol il est très inférieur à tous les médicaments précédents et surtout au salicylate de soude. D'ailleurs il est déjà beaucoup moins employé à l'intérieur et on n'utilise plus guère que ses propriétés antiseptiques locales.

Il y a trente-six ans, dans un mémoire présenté à l'Académie, M. Sée a démontré la relation de la chorée et du rhumatisme. Dans les cas de chorée rhumatismale l'antipyrine ne sert à rien; une femme du service de M. Sée, atteinte de chorée hystérique, a retiré au contraire de bien meilleurs résultats de ce médicament.

Le rhumatisme noueux si difficile à guérir, le rhumatisme chronique d'emblée sont modifiés d'une façon remarquable par l'antipyrine.

La goutte avec tophus n'est pas modifiée par l'antipyrine, mais quand il n'y a pas de gros tophus, les douleurs sont fortement soulagées.

La sciatique résiste quelquefois d'une manière absolue, mais la plupart des malades sont très soulagés.

Dans l'ataxie locomotrice, on obtient généralement un répit considérable des douleurs au moyen de l'antipyrine comme de l'antifébrine.

L'antifébrine est malheureusement toxique. Comme l'a remarqué M. Lépine, presque tous les malades ont de la cyanose, le sang est décomposé. Dans ces cas, M. Hénocque a trouvé de la métahémoglobine au lieu d'oxyhémoglobine. Ce médicament enraye par suite la faculté respiratoire du sang. Il faut donc bien se garder d'employer ce médicament à une dose supérieure à 1 gramme ou 1 gr. 50 par jour. L'antipyrine, il est vrai, fait rougir les malades, ou du moins elle provoque des éruptions, mais ces éruptions sont passagères et n'ont aucun inconvénient. Il n'y a donc pas à hésiter entre deux médicaments dont l'un est dangereux tandis que l'autre est d'une innocuité parfaite. D'autre part, l'antifébrine est complètement insoluble, tandis que l'antipyrine est très soluble, ce qui en facilite considérablement l'administration.

Pour les coliques hépatiques, les faits sont très probants, les douleurs cèdent très bien aux injections hypodermiques d'antipyrine, et en prenant chaque jour 3 grammes d'antipyrine on peut écarter considérablement le retour des attaques.

L'antipyrine soulage de même les malades atteints de coliques néphrétiques et provoque rapidement l'expulsion des calculs.

Chez les femmes dysménorrhéïques, les douleurs cessent rapidement dès qu'on emploie l'antipyrine, de même pour les coliques intestinales.

Les douleurs cardiaques cèdent de même facilement avec 3 ou 4 grammes d'antipyrine par jour.

L'angine de poitrine vraie, provoquée par l'ossification des artères coronaires, par la sclérose de ces artères, est incurable; dans les autres cas, qui ne sont souvent pas de vraies angines de poitrine, l'antipyrine, au contraire, réussit bien.

En résumé, l'antipyrine est le remède de toutes les douleurs et de la goutte. Le bromure de potassium reste le véritable médicament de l'épilepsie, mais l'antipyrine permet, même dans ce cas, de diminuer la dose de bromure.

Role des canaux semi-circulaires. — M. *Gellé* lit un travail sur le rôle des canaux semi-circulaires, qui fait suite à son étude des fonctions du limaçon (Société de biologie, 1887). Il débute par un historique critique des diverses théories émises depuis Flourens jusqu'à nos jours, et montre que l'expérimentation, guide le plus sûr, a donné ce qu'on peut en attendre, et que les théories métaphysiques ne mènent à rien. M. Gellé veut que l'on trouve dans l'observation clinique des éléments excellents de jugement, absolument comparables aux faits expérimentaux, les nerfs ampullaires étant seuls en cause dans la production des troubles de motricité, que leur irritation soit expérimentale ou morbide; car la branche cochléenne est incapable de provoquer des accidents d'équilibration, ainsi qu'il l'a démontré. Mais l'observation clinique du vertige auriculaire montre en plus des troubles, des mouvements, des phénomènes subjectifs, absolument cérébraux et des retentissements viscéraux qui naissent certainement d'excitations bulbaires; et M. Gellé en conclut que la seule excitation des canaux semi-circulaires née dans le labyrinthe même, d'un ébranlement sonore ou autre apporté par l'oreille moyenne, diverge vers trois centres nerveux ou foyers réflexes (c'est le pourquoi des trois canaux) : le cervelet d'abord, qui commande tous les accidents d'équilibration, les impulsions motrices, etc., puis le bulbe, origine des vomissements, syncopes, troubles trophiques, etc.; enfin le cerveau, seul capable de réagir par les troubles de la vue, les images idéo-motrices, les représentations de mouvement, de chute, de précipitation, de rotation, etc., et par les troubles vasomoteurs et les sensations terrifiantes d'instabilité de l'équilibre, etc.

M. Gellé montre que les canaux semi-circulaires sont bien des annexes de l'oreille par l'anatomie de l'organe, par son développement et par les faits pathologiques. Il prouve que l'excitation est une et bien auditive, vibratoire et non due au choc de l'otoconie ou de l'endolymphe. Chemin faisant, l'auteur indique les réflexes cérébelleux qui président à l'accommodation binauriculaire (épreuve de la synergie d'accommodation binauriculaire), et leur rôle tutélaire pour la fonction de l'ouïe (tutamina de l'oreille).

Les faits cliniques viennent prouver que le rôle des canaux semicirculaires dans l'orientation est nul; que c'est la sensibilité générale et le sens musculaire qui commandent l'équilibration; qu'on ne saurait admettre ni le sens de l'espace, ni la théorie de Gothz et autres, ni les négations de Steiner, de Naples. — La séance est levée à 4 h. 45.

VARIÉTÉS

Le phosphore et la pensée

Un physiologiste américain, M. W. O. Atwater, étudie dans le *Century Magazine* une question qui paraît encore assez mal connue, celle de l'alimentation cérébrale et des sources de l'énergie intellectuelle. Beaucoup de gens, nous dit-il, croient que l'activité mentale est étroitement liée à la quantité de phosphore assimilée par le cerveau. Cette opinion paraît reposer sur la présence dans la matière cérébrale et nerveuse de certains éléments gras phosphorés, tels que le protagon, la lécithine, etc. On en conclut que le travail mental entraîne une dépense de phosphore et, par suite, que les aliments riches en phosphore, ou réputés tels, comme le poisson, sont particulièrement propres à réparer les forces cérébrales. Il n'est pas rare de voir des médecins, même distingués, accepter cette manière de voir comme une sorte d'axiome; elle sert journellement à un très grand nombre de charlatans pour prôner par la voie de l'annonce, comme aliments réparateurs du cerveau, divers composés à base de phosphore.

Il est incontestable, pourtant, que les éléments constitutifs des tissus cérébraux et nerveux ne diffèrent pas chimiquement de ceux qui entrent dans la composition des autres tissus et ne contiennent pas plus de phosphore. La répartition seule diffère. Les éléments gras phosphorés se retrouvent dans d'autres régions que le cerveau et en plus grande abondance. La cérébrine, qui est le produit véritablement caractéristique du tissu cérébral, ne renferme pas trace de phosphore. Aussi les physiologistes et les chimistes véritablement autorisés se sont-ils toujours refusés à admettre que le phosphore soit plus étroitement lié ou plus indispensable à l'activité cérébrale que le carbone ou l'azote, ou tout autre élément des tissus animaux et végétaux.

N'empêche que tout le monde répète la fameuse phrase allemande : *ohne Phosphor keine Gedanke* (sans phosphore, point de pensée), et qu'on rencontre à chaque pas cette conviction plus ou moins nettement définie que la pensée procède du phosphore. L'idée la plus répandue à cet égard est que l'activité du cerveau doit être accompagnée d'une sorte de phosphorescence de l'organe. La phrase précitée a eu vraisemblablement la plus large part dans la diffusion du préjugé. Le plus curieux, c'est qu'on ne sait même pas exactement quel est l'auteur de ce dicton. La dernière édition de l'Encyclopédie britannique l'attribue à Büchner. « Pour moi, poursuit M. Atwater, il

appartient en propre à Moleschott, qui l'a formulé dans ses *Lehre der Nahrungsmittel* (Théorie des aliments), il y a une quarantaine d'années. Il était alors *privat-docent* à l'Université d'Heidelberg, et l'on sait que l'extrême hardiesse de ses doctrines ne devait pas tarder à lui faire ôter le droit d'enseigner ; ce qui l'amena à l'Université de Zurich d'abord, puis à Turin et enfin à Rome, où il devait bientôt jouer un rôle politique important comme sénateur et comme ministre.

« Plusieurs physiologistes de ses amis m'avaient déjà dit de longue date que son but, en formulant sa fameuse phrase, avait été surtout d'aiguillonner ses adversaires, de déchaîner les discussions et de poser nettement la pensée comme une fonction de la matière organisée. Il en convint lui-même dans une conversation que j'eus avec lui il y a peu d'années, en ajoutant qu'il n'avait jamais voulu dire que l'activité intellectuelle fût spécifiquement liée à la dépense de phosphore. Et de fait, tous ses écrits d'alors protestent contre une telle interprétation. « Mais vous savez, me dit-il en souriant, quels sont les mots qui font fortune ! » Il avait voulu frapper l'imagination de la foule ; il y réussit au delà de son espérance. En ce sens, *ohne Phosphor keine Gedanke* fut un trait de génie.

Quant à l'idée si répandue que le poisson est le meilleur aliment du cerveau parce que sa chair est riche en phosphore, M. Atwater ne la croit pas plus fondée. Une longue série d'analyses poursuivies dans son laboratoire le conduit à déclarer qu'il n'y a pas sensiblement plus de phosphore dans la chair du poisson que dans celle des autres animaux. S'il est vrai que le poisson soit un aliment particulièrement sain pour les gens qui travaillent de tête et qui d'ordinaire font peu d'exercice physique, c'est uniquement parce que le poisson est moins riche en graisse que les autres viandes. Sir Henry Thompson l'affirme expressément et recommande le poisson aux hommes de bureau « parce qu'il contient en moindre proportion que la viande proprement dite les éléments de nutrition qui ne s'assimilent jamais complètement sans travail physique ».

En recherchant l'origine du préjugé courant à cet égard, M. Atwater croit pouvoir la faire remonter au professeur Agassiz. Il avait à faire dans les Massachussetts une conférence sur les mesures à prendre pour protéger la pêche et développer la pisciculture : entre autres motifs, il crut pouvoir alléguer que le poisson était le plus précieux des aliments pour les travailleurs de la pensée et, par suite, le plus nécessaire à l'activité actuelle de l'Etat. L'argument eut du succès et passa bientôt en article de foi.

L'humoriste Mark Twain le transforma plus tard à sa manière, dans une de ses correspondances fantaisistes de la *Galaxy* :

« *Un jeune auteur.* — Oui, il est vrai qu'Agassiz recommande le poisson aux gens de lettres, à raison du phosphore que contient cette chair et qui leur donne des idées. Pour ce qui touche à la quantité de poisson qui vous est personnellement nécessaire, je serai moins affirmatif. Si j'en dois juger pourtant par le spécimen littéraire que vous avez bien voulu me soumettre, je pense qu'une couple de baleines tous les matins, à déjeuner, vous servira pour le présent. Non pas de la plus grande espèce, mais de taille moyenne... »

(*Le Temps*).

NOUVELLES

Asile d'aliénés. — *Arrêté du* 5 *juillet* 1887 : M. le Dr Guilbert, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. Deswatines, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) ;

M. Denizet, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacement de M. Guilbert, et maintenu dans la 2e classe de son grade (4,000 fr.) ;

M. le Dr Deswatines, directeur de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. Denizet, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.) ;

M. le Dr Cortyl, directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Leblond, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. le Dr Cortyl est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) ;

M. le Dr Giraud, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Cortyl et promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.) ;

M. le Dr Caillau, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Fains, en remplacement de M. Giraud, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.) ;

— *Arrêté du* 3 *août* 1887 : M. le Dr Girma, médecin-adjoint à l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin-adjoint de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Barandon, mis en disponibilité sur sa demande. M. Girma est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.) ;

— *Arrêté du* 6 *août* 1887 : M. le Dr Legrain, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse (Seine-et-

Oise), en remplacement de M. le Dr Kéraval, appelé à d'autres fonctions. M. Legrain est placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.) ;

M. le Dr Brusque, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er mai 1887.

CONSTRUCTION D'UN NOUVEL HOPITAL A PARIS. — Par décret en date du 22 août, est déclarée d'utilité publique la construction d'un hôpital à Paris (Seine), au moyen de l'acquisition d'un terrain d'une superficie de 20,474 mètres, situé dans le XIXe arrondissement, entre la place du Danube, la rue David-d'Angers, le boulevard Serrurier et la rue du Général Brunet.

En conséquence, le préfet de la Seine, agissant au nom de cette ville et pour le compte de l'administration de l'Assistance publique, est autorisé à acquérir ledit immeuble, soit à l'amiable, soit par voie d'expropriation pour cause d'utilité publique conformément aux prescriptions de la loi du 3 mai 1841.

Il sera pourvu à la dépense au moyen de la subvention extraordinaire allouée à l'administration générale de l'Assistance publique, sur les fonds de l'emprunt municipal de 1887.

OFFICE VACCINOGÈNE CENTRAL DE L'ÉTAT BELGE. — La circulaire suivante vient d'être envoyée par le directeur de cet établissement, aux personnes qui se servent d'habitude de ce vaccin :

Depuis plusieurs années déjà, nous constatons que, pendant la période des chaleurs estivales, la culture du vaccin animal réussit moins bien que durant les autres parties de l'année. Cette année surtout les inoculations des veaux vaccinifères et les vaccinations faites sur l'homme avec le produit de nos cultures, ont laissé notablement à désirer pendant le mois de juin dernier et le commencement de juillet.

Les renseignements qui nous parviennent de l'étranger accusent que les mêmes faits ont été observés à Stockholm (Suède), Linz (Autriche), Erbelfeld (Allemagne), Lancy (Suisse) et Anzin (France).

Si j'en juge d'après les changements favorables qui s'opèrent dans nos cultures actuelles, j'ai lieu de croire que l'état de choses dont il s'agit est à sa fin, et que nous allons pouvoir mettre à la disposition du corps médical belge un vaccin tout aussi efficace que celui fourni par le passé.

Notre avis est que, dorénavant, les médecins et les administrations publiques agiront sagement en dehors des cas urgents, en fixant leurs vaccinations à des époques non comprises dans les mois de juin, juillet et août.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — M. Lagneau rend compte d'une visite qu'il a faite dans des immeubles du passage des Poissonniers où un certain nombre de cas de variole se sont déclarés récemment. La plupart des malades atteints ont été transportés à l'hôpital et les locaux contaminés ont été désinfectés. M. le Rapporteur a constaté que presque toutes les maisons de ce passage sont mal bâties et insalubres. La maladie semble avoir cessé sur ce point et M. Lagneau n'a pu qu'engager les habitants à se faire revacciner.

. Consulté sur le projet de la ville de Paris de construire, sur un terrain communal situé quai de Javel, une nouvelle usine élévatoire destinée à refouler de l'eau de Seine à l'étage inférieur de la distribution, dans la canalisation des services publics, le Conseil a chargé M. Hétier d'étudier la question au point de vue de l'hygiène. Le délégué du Conseil reconnaît que l'utilité de ce projet est indéniable au point de vue de l'augmentation des ressources en eau dont dispose le service de Paris pour l'arrosage des squares et des voies publiques, pour le lavage des ruisseaux et des égouts, mais il lui paraît indispensable de prescrire qu'en aucun cas, les eaux prises en Seine, en aval de Paris, ne pourront être introduites dans la distribution du service privé.

Le rapport de M. Hétier donne lieu à des observations présentées par MM. Brouardel, Jungfleisch, Leuraud, le baron Larrey, Lépine et Voisin et relatives, d'une part, à la nécessité d'installer une canalisation spéciale où seront lancées les eaux de l'usine élévatoire de Javel et, d'autre part, à la quasi-impossibilité d'arriver à ce résultat.

En résumé, après discussion, le Conseil, considérant que l'eau puisée en aval de Paris ne peut être utilisée pour l'alimentation publique sans exposer la population aux plus graves dangers;

Considérant qu'il est à craindre que, contrairement aux intentions actuelles de l'Administration, la prise d'eau en question ne puisse plus tard être en partie employée à cet usage,

Émet un avis défavorable au projet de la ville de Paris.

Conservation indéfinie d'un cadavre. — Nous trouvons dans le bulletin de septembre 1887 de l'œuvre de Saint-François de Sales (p. 310), le fait ci-dessous. Il est bien regrettable que le merveilleux procédé qui a permis de conserver intact et à l'air libre un cadavre pendant au moins sept siècles (on ne nous dit pas l'état actuel) nous soit resté complètement ignoré.

1, *Jeudi.* — *Fête de saint* Gilles, solitaire en Provence, au sixième siècle. Il était né à Athènes, d'une riche et puissante famille, renonça généreusement aux honneurs qui l'attendaient, quitta sa patrie, vint en Provence, où il passa de longues années, dans une forêt appelée depuis la forêt de Saint-Gilles, au fond d'une caverne. Ce grand serviteur de Dieu fit d'innombrables miracles pendant sa vie et après sa mort. Son corps vénérable fut retrouvé intact au treizième siècle, et transporté religieusement à Toulouse, dans la grande Basilique de Saint Sernin où il est encore vénéré aujourd'hui.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 106 Samedi 10 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Les hospices maritimes et les altérations osseuses de l'enfance,

Par G. Ferreri (1).

Les hospices maritimes ont pris en Italie une grande extension. Le Dr G. Ferreri a voulu exposer, dans un très intéressant travail, les résultats qu'on y obtient. Il commence par s'élever contre l'abus des opérations que l'on a fait dans ces derniers temps dans le cas d'altérations osseuses de l'enfance; il étudie la question des rapports entre la scrofule et la tuberculose.

Nous ne pouvons insister sur ces points et arrivons immédiatement à l'analyse de la partie vraiment originale du mémoire.

D'après van Merris, si les chirurgiens connaissaient toute l'influence que peuvent avoir les bains de mer sur la guérison naturelle des lésions du squelette, ils y regarderaient à deux fois avant de réséquer ou d'amputer les os chez les enfants.

A Berck, où le traitement marin n'est pas restreint à quarante jours, les succès, chez les enfants atteints d'arthropathies, se montent à 70 0/0. Bergeron, Perrochaud, Cazin affirment que les bains de mer ont deux grands avantages : en premier lieu, ils permettent d'amputer avec espérance de succès des enfants qu'on n'aurait pas osé opérer auparavant; en second lieu, ils permettent d'établir nettement si un enfant est affecté de scrofule ou de syphilis héréditaire.

Nous savons, en effet, que les affections syphilitiques se présentent dans les os avec un aspect presque identique à celui de la carie tuberculeuse, et Kiener dit que le diagnostic histologique n'a pas grande valeur dans la distinction de la carie tuberculeuse et de la carie syphilitique.

(1) Traduit et analysé de *Lo Sperimentale*, avril 1887.

Il n'est pas nécessaire de se hâter de faire des opérations d'évidement sur les petits os de la main ou du pied.

Par suite de la structure des os malades, le foyer morbide est toujours soumis à un processus actif de réparation spontanée qui a seulement besoin de conditions déterminées (bien-être général, cure hygiénique et marine) pour dompter et vaincre la maladie. Dans ces petits os malades, il se rencontre toujours une forme bénigne qui dépend de ce fait que l'ostéite tuberculeuse raréfiante est centrale, tandis qu'à la superficie il s'organise une ostéite condensante qui sert de barrière.

Il est difficile de déterminer dans quels cas il faut se décider chez un enfant à pratiquer une résection, parce que l'âge du malade est par lui-même un grand obstacle au point de vue de l'antisepsie. D'autre part, la docilité n'est pas assez répandue chez les enfants pour espérer qu'ils laisseront leurs membres dans une immobilité favorable à la guérison. Nous ne savons trop si, dans la crainte de voir faire défaut les éléments essentiels de la reconstitution, et, par suite, d'avoir un membre privé de solidité et sans utilité dans l'avenir, il ne vaut pas mieux se fier aux ressources de la nature et des bains de mer, et, si ces ressources font défaut, chercher à obtenir un bon moignon d'amputation.

Le principal inconvénient chez les enfants des opérations sur les os et les articulations est la récidive dans le champ opératoire même. La chirurgie est impuissante à arrêter le processus destructeur de l'os. Par l'opération, nous supprimons une manifestation locale et une cause d'affaiblissement pour le petit malade ; mais nous ne guérissons pas la misère physiologique, l'hypotrophie, comme dit Jaccoud, qui crée l'opportunité à l'envahissement de l'infection tuberculeuse. Lorsqu'on ne pourra éviter une opération, le moment le plus opportun pour l'intervention sera celui où l'état général du malade sera dans une période de calme ; pour réaliser ce but, il faudra une certaine période préparatoire ; on les laissera quelque temps respirer hors des hôpitaux ou de leurs habitations malsaines s'ils sont pauvres, mais surtout on leur fournira un air largement oxygéné, du vin généreux, le séjour de la mer pendant l'été et les bains de mer.

Quant aux collections purulentes qui se forment sous l'influence des lésions osseuses et articulaires, il faudra en favoriser l'ouverture sans attendre qu'elles s'ouvrent spontanément.

Quelle sera la conduite à tenir dans le cas d'*abcès par congestion?* Il faut d'abord rechercher si cet abcès, apparu loin de l'os ou de l'articulation malade, se trouve encore, oui ou non, en continuité avec son point d'origine ; ou encore, si la lésion osseuse ou articulaire est encore en pleine activité, ou si elle s'est spontanément

guérie. Car, si la lésion osseuse et l'abcès communiquent, malgré une rigoureuse antisepsie, l'ouverture de l'abcès amène fatalement la mort. Lorsqu'au contraire la lésion osseuse est guérie, et que l'abcès ne constitue plus qu'une affection locale, nous sommes autorisés à ouvrir largement la poche, et à râcler scrupuleusement les parois qui sont un foyer de contagion.

Chez les enfants scrofuleux, la maladie se localise souvent dans *les vertèbres*. Le traitement marin amène, au bout de deux ou trois ans, la disparition du mal avec une difformité persistante plus ou moins grande, sauf pour la région cervicale où le processus morbide ne guérit jamais ; tôt ou tard, les enfants succombent par compression lente ou instantanée de la moelle allongée.

Pour Van Merris, *la carie vertébrale* ne retire pas du traitement marin autant d'avantages que les autres lésions osseuses, à cause de la difficulté de le combiner avec l'immobilisation nécessaire à la réparation osseuse.

Mais cet inconvénient n'est pas impossible à vaincre à l'aide de l'emploi judicieux des appareils.

La carie des vertèbres chez les enfants peut guérir, à quelque période que se trouve le processus morbide, pourvu qu'on les soumette au traitement marin, à la première période par résolution, à la période suppurative par résorption du pus. Bergeron dit que ses observations personnelles lui ont démontré, de la façon la plus certaine, que le travail de résorption des abcès par congestion est singulièrement favorisé par le séjour de la mer.

Dans la carie vertébrale, on peut reconnaître que le bénéfice du traitement marin sur les altérations osseuses est tel qu'elles peuvent encore guérir, alors qu'elles ne sont plus du domaine d'un traitement chirurgical actif. Dans le passé, tous les enfants atteints de carie vertébrale mouraient à la suite d'une suppuration prolongée, soit de tuberculose pulmonaire ou péritonéale, soit d'albuminurie, sans compter les accidents dûs à l'inflammation et à la compression de la moelle et de ses enveloppes (paralysies). Actuellement, par l'application prolongée du traitement marin, on est parvenu à diminuer beaucoup la mortalité. A Berck, par exemple, elle est tombée de 1/4 à 1/10.

Faut-il réséquer dans la *coxalgie ?* Caumont, dans un mémoire « *sur le traitement des arthrites chroniques des membres inférieurs* », cite les chiffres suivants qui portent sur 212 cas : coxalgies sans suppuration guéries sans trouble fonctionnel ou avec trouble léger, sans résection : 70 0/0 ; avec résection, 40 0/0. Coxalgies suppurées guéries sans résection 20 0/0 ; avec résection 34 0/0. Donc, d'après cet auteur, la résection dans les premiers temps a moins d'avantages que

Il n'est pas nécessaire de se hâter de faire des opérations d'évidement sur les petits os de la main ou du pied.

Par suite de la structure des os malades, le foyer morbide est toujours soumis à un processus actif de réparation spontanée qui a seulement besoin de conditions déterminées (bien-être général, cure hygiénique et marine) pour dompter et vaincre la maladie. Dans ces petits os malades, il se rencontre toujours une forme bénigne qui dépend de ce fait que l'ostéite tuberculeuse raréfiante est centrale, tandis qu'à la superficie il s'organise une ostéite condensante qui sert de barrière.

Il est difficile de déterminer dans quels cas il faut se décider chez un enfant à pratiquer une résection, parce que l'âge du malade est par lui-même un grand obstacle au point de vue de l'antisepsie. D'autre part, la docilité n'est pas assez répandue chez les enfants pour espérer qu'ils laisseront leurs membres dans une immobilité favorable à la guérison. Nous ne savons trop si, dans la crainte de voir faire défaut les éléments essentiels de la reconstitution, et, par suite, d'avoir un membre privé de solidité et sans utilité dans l'avenir, il ne vaut pas mieux se fier aux ressources de la nature et des bains de mer, et, si ces ressources font défaut, chercher à obtenir un bon moignon d'amputation.

Le principal inconvénient chez les enfants des opérations sur les os et les articulations est la récidive dans le champ opératoire même. La chirurgie est impuissante à arrêter le processus destructeur de l'os. Par l'opération, nous supprimons une manifestation locale et une cause d'affaiblissement pour le petit malade ; mais nous ne guérissons pas la misère physiologique, l'hypotrophie, comme dit Jaccoud, qui crée l'opportunité à l'envahissement de l'infection tuberculeuse. Lorsqu'on ne pourra éviter une opération, le moment le plus opportun pour l'intervention sera celui où l'état général du malade sera dans une période de calme ; pour réaliser ce but, il faudra une certaine période préparatoire ; on les laissera quelque temps respirer hors des hôpitaux ou de leurs habitations malsaines s'ils sont pauvres, mais surtout on leur fournira un air largement oxygéné, du vin généreux, le séjour de la mer pendant l'été et les bains de mer.

Quant aux collections purulentes qui se forment sous l'influence des lésions osseuses et articulaires, il faudra en favoriser l'ouverture sans attendre qu'elles s'ouvrent spontanément.

Quelle sera la conduite à tenir dans le cas d'*abcès par congestion?* Il faut d'abord rechercher si cet abcès, apparu loin de l'os ou de l'articulation malade, se trouve encore, oui ou non, en continuité avec son point d'origine ; ou encore, si la lésion osseuse ou articulaire est encore en pleine activité, ou si elle s'est spontanément

guérie. Car, si la lésion osseuse et l'abcès communiquent, malgré une rigoureuse antisepsie, l'ouverture de l'abcès amène fatalement la mort. Lorsqu'au contraire la lésion osseuse est guérie, et que l'abcès ne constitue plus qu'une affection locale, nous sommes autorisés à ouvrir largement la poche, et à râcler scrupuleusement les parois qui sont un foyer de contagion.

Chez les enfants scrofuleux, la maladie se localise souvent dans *les vertèbres*. Le traitement marin amène, au bout de deux ou trois ans, la disparition du mal avec une difformité persistante plus ou moins grande, sauf pour la région cervicale où le processus morbide ne guérit jamais ; tôt ou tard, les enfants succombent par compression lente ou instantanée de la moelle allongée.

Pour Van Merris, *la carie vertébrale* ne retire pas du traitement marin autant d'avantages que les autres lésions osseuses, à cause de la difficulté de le combiner avec l'immobilisation nécessaire à la réparation osseuse.

Mais cet inconvénient n'est pas impossible à vaincre à l'aide de l'emploi judicieux des appareils.

La carie des vertèbres chez les enfants peut guérir, à quelque période que se trouve le processus morbide, pourvu qu'on les soumette au traitement marin, à la première période par résolution, à la période suppurative par résorption du pus. Bergeron dit que ses observations personnelles lui ont démontré, de la façon la plus certaine, que le travail de résorption des abcès par congestion est singulièrement favorisé par le séjour de la mer.

Dans la carie vertébrale, on peut reconnaître que le bénéfice du traitement marin sur les altérations osseuses est tel qu'elles peuvent encore guérir, alors qu'elles ne sont plus du domaine d'un traitement chirurgical actif. Dans le passé, tous les enfants atteints de carie vertébrale mouraient à la suite d'une suppuration prolongée, soit de tuberculose pulmonaire ou péritonéale, soit d'albuminurie, sans compter les accidents dus à l'inflammation et à la compression de la moelle et de ses enveloppes (paralysies). Actuellement, par l'application prolongée du traitement marin, on est parvenu à diminuer beaucoup la mortalité. A Berck, par exemple, elle est tombée de 1/4 à 1/10.

Faut-il réséquer dans la *coxalgie ?* Caumont, dans un mémoire « *sur le traitement des arthrites chroniques des membres inférieurs* », cite les chiffres suivants qui portent sur 212 cas : coxalgies sans suppuration guéries sans trouble fonctionnel ou avec trouble léger, sans résection : 70 0/0 ; avec résection, 40 0/0. Coxalgies suppurées guéries sans résection 20 0/0 ; avec résection 34 0/0. Donc, d'après cet auteur, la résection dans les premiers temps a moins d'avantages que

M. Saint-Philippe rapporte à l'appui de cette méthode l'observation d'un enfant né à sept mois et quelques jours, ne pesant que 1,500 grammes.

Quinze jours après sa naissance, l'enfant élevé à la cuiller avec du lait de nourrice avait plutôt maigri, ne tétait pas toujours et s'en allait d'inanition. La déglutition paraissait très douloureuse. Le pharynx, les lèvres, la muqueuse des joues est d'un rouge vif intense; par place on constate quelques touffes de muguet. L'enfant est considéré comme perdu, tellement la faiblesse est grande le 23 mai, jour où M. Saint-Philippe a recours à l'allaitement par le nez.

Toutes les heures ou les deux heures on administre à l'enfant 30 à 40 gr. de lait, qui sont parfaitement avalés. Deux jours après, il a augmenté de 60 gr. Le 3 juin il pèse 1,595 gr., 2,000 gr. le 18 juin, moins d'un mois après le début de ce mode d'allaitement.

Le 25 juin, on le met au sein, il tette. Le 15 juillet il est à 2,500 gr. A ce moment on est obligé de le nourrir de nouveau par le nez, l'enfant étant constipé et criant sans cesse. La nourrice est changée. Les choses reprennent leur cours et l'enfant continue sa marche en avant. Aujourd'hui toutes ses fonctions se font bien. Il est hors d'affaire trois mois après sa naissance prématurée. (*Séance du* 29 *juillet* 1887.)

CONSIDÉRATIONS SUR LA RAGE ET LE TRAITEMENT DE M. PASTEUR. — M. le Dr *E. Mauriac* lit un travail dont voici les conclusions :

1° La moyenne annuelle des décès par rage humaine en France est d'environ 40. Ce chiffre ressort de la statistique du *Comité* consultatif d'hygiène publique pendant la période décennale de 1859 à 1868, où tous les départements de France, à quelques exceptions près, ont fourni des documents à l'enquête.

2° Cette moyenne est en rapport avec les moyennes annuelles des décès par rage humaine observés dans la plupart des autres pays d'Europe, relativement au chiffre de leur population. Une exception doit être faite à l'égard de l'Allemagne, où cette moyenne est depuis longtemps réduite à un chiffre infime par suite de l'application rigoureuse de mesures de police sanitaire au premier rang desquelles il convient de citer le musellement obligatoire permanent de tous les chiens.

3° Pour ce qui concerne le département de la Gironde, la moyenne annuelle des huit dernières années, de 1879 à 1886 *inclusivement*, a été de 1 décès par an, en faisant entrer en ligne de compte les quatre décès survenus pendant l'année 1886; mais cette moyenne n'est plus que de 0,55 par an si on exclut de la statistique l'année 1886, qui a une mortalité véritablement exceptionnelle, et si on ne considère que la période des sept années qui ont précédé l'application de la méthode Pasteur.

4° D'après mes recherches statistiques personnelles, la mortalité par rage humaine, c'est-à-dire le rapport entre le chiffre des décès et celui des personnes mordues par des chiens enragés ou considérés comme tels, varie pour les différents pays d'Europe de 2 à 10 0/0.

5° En France, cette mortalité oscille dans les mêmes limites. Le chiffre moyen le plus vraisemblable est celui de 5 à 6 0/0 qui a été indiqué par MM. Bouley et Bourrel. Il n'est pas possible d'admettre les chiffres exagérés que certains auteurs ont donnés à cet égard, en se basant sur des statistiques incomplètes ou inexactes. La mortalité de 16 0/0 (1 mort sur 6 mordus par des chiens reconnus enragés) relevée par Leblanc pour le département de la Seine, sur une période de six années, et considérée à tort par M. Pasteur comme la proportion la plus faible des décès chez les mordus, n'est pas applicable à la France entière.

6° Dans le département de la Gironde, cette mortalité pendant les huit dernières années, de 1879 à 1886 *inclusivement*, a été, d'après la statistique officielle de M. Duluc, vétérinaire départemental, chef du service épizootique, de 3,50 0/0 (soit 1 mort sur 29 personnes mordues par des chiens *sûrement* enragés).

Mais si l'on considère cette mortalité pendant les sept années qui ont précédé l'application de la méthode Pasteur, soit de 1879 à 1886 *exclusivement*, on voit qu'elle n'atteint pas 2 0/0.

Au contraire, pendant l'année 1886, où la presque totalité des mordus a subi les inoculations préventives, elle s'élève à 11 0/0 d'après la statistique de M. Duluc, et à 6,50 d'après la statistique de l'Institut Pasteur.

7° L'écart considérable qui existe entre ces deux évaluations de la mortalité dans le département de la Gironde, pendant l'année 1886 tient à ce que l'Institut Pasteur et le vétérinaire départemental ne sont pas d'accord sur le nombre des personnes mordues par des chiens *sûrement* enragés. MM. Grancher et Chantemesse affirment avoir inoculé 63 habitants de la Gironde mordus par des chiens *sûrement* enragés, tandis que M. Duluc affirme, de son côté, qu'il n'y a eu dans le département, pendant l'année 1886, que 35 personnes qui aient été mordues par des chiens *sûrement* enragés. Ainsi s'explique la mortalité de 6,50 0/0, dans le premier cas, et de 11 0/0 dans le second, tout le monde acceptant d'ailleurs les quatre décès survenus chez des personnes inoculées pendant l'année 1886.

8° Quoi qu'il en soit, cette énorme augmentation de la mortalité par rage humaine dans le département de la Gironde pendant l'année 1886 ne saurait être invoquée comme un argument décisif en faveur de la non efficacité et encore moins de la nocuité de la méthode Pasteur. C'est une série malheureuse, et rien de plus. Je

ne vois là, pour ma part, qu'une coïncidence fortuite, l'expérience ayant démontré que le chiffre des décès par rage peut varier d'une année à l'autre, ici comme ailleurs, dans des proportions beaucoup plus considérables encore, et cela indépendamment des traitements employés.

9° M. Pasteur a cherché à démontrer l'efficacité de sa méthode en se basant *surtout* sur la connaissance des moyennes des cas de rage après morsures rabiques. Il a cru devoir admettre d'une manière générale et comme moyenne *minima* le chiffre 16 0/0 donné par Leblanc pour le département de la Seine. Or, ce chiffre est environ trois fois plus élevé que le chiffre de la mortalité réelle de la rage en France. En conséquence, tous les brillants calculs auxquels il a servi de base dans les discussions académiques perdent la plus grande partie de leur valeur. Le point de départ étant inexact, toutes les déductions qui en découlent sont, par suite, entachées d'erreur.

10° Si l'on examine les tableaux statistiques de M. Pasteur, présentés à l'Académie des sciences par M. Vulpian, dans la séance du 24 janvier 1887, on voit que le chiffre total des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886 est de 2,682, sur lesquelles 31 sont mortes, soit une mortalité de 1,15 0/0.

Ces personnes sont divisées en trois groupes :

Ier groupe, tableau A (personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par le résultat de l'inoculation expérimentale du bulbe ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps). — Personnes mordues : 233; morts, 4 ; mortalité, 1,71 0/0.

IIe groupe, tableau B (personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue à l'autopsie faite par un vétérinaire ou par les symptômes présentés par l'animal). — Personnes mordues : 1,931; morts, 25; mortalité, 1,28 0/0.

IIIe groupe, tableau C (personnes mordues par des animaux suspects de rage). — Personnes mordues : 513; morts, 2; mortalité, 0,38 0/0.

Les deux premiers tableaux A et B, réunis par M. Pasteur en un seul groupe sous le titre : *Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par observations vétérinaires*, forment un total de 2,164 personnes mordues, sur lesquelles on compte 29 décès. La mortalité des deux tableaux réunis est de 1,34 0/0.

M. Pasteur semble donc admettre que ces 2,164 personnes ont été mordues par des chiens *sûrement* enragés. Or, il y a, selon moi, une

distinction très importante à établir entre ces divers groupes, au point de vue de la démonstration de l'efficacité de la méthode.

Les chiffres du tableau A peuvent être acceptés tels quels, car ici la certitude du diagnostic de la rage chez les chiens mordeurs est absolument démontrée ; mais il est loin d'en être de même pour le tableau B, de beaucoup le plus important, puisqu'il comprend 70 0/0 des personnes inoculées, alors que le tableau A n'en compte que 10 0/0 et le tableau C 20 0/0.

Dans le tableau B, je fais une distinction très importante au point de vue du diagnostic de la rage chez les chiens mordeurs, selon que la maladie a été reconnue à l'autopsie ou par les symptômes présentés par l'animal.

On peut admettre d'une manière générale le diagnostic des vétérinaires lorsqu'il repose sur une observation suffisante des symptômes présentés par l'animal enragé pendant sa vie, mais non point lorsqu'il est le résultat d'une simple autopsie.

De l'avis des vétérinaires les plus autorisés, le diagnostic de la rage du chien basé uniquement sur l'autopsie n'a aucune certitude, et par suite aucune valeur rigoureusement scientifique. Au surplus, on ne saurait contester que les vétérinaires ont pris pour règle, depuis l'application de la méthode Pasteur, et afin de mettre à couvert leur responsabilité, de déclarer la plupart des chiens douteux manifestement enragés plutôt que de s'exposer à laisser passer inaperçu un seul cas de rage.

Il convient donc de retrancher du tableau B un grand nombre de personnes comme n'ayant pas été mordues par des animaux *réellement* enragés.

Dans quelles proportions doit être faite cette élimination ? C'est ce qu'il est difficile de fixer d'une manière exacte. Le tableau B figurant dans la statistique générale pour 70 0/0, on se rapprocherait certainement beaucoup de la vérité en évaluant à la moitié de ce chiffre, soit 35 0/0, le nombre des personnes mordues par des chiens déclarés enragés par les vétérinaires sans preuves suffisantes.

Si l'on ajoute à ce chiffre de 35 0/0 du tableau B les 15 0/0 représentant les trois quarts des personnes mordues par des chiens simplement suspects, c'est-à-dire le plus souvent non enragés du tableau C, on trouve que le nombre des personnes mordues qui figurent dans la statistique générale de M. Pasteur et qui ne peuvent entrer en ligne de compte pour la démonstration de l'efficacité de sa méthode est d'environ 50 0/0.

11° En opérant, sur le chiffre total des 2,682 inoculés, cette défalcation de 50 0/0, absolument nécessaire selon moi, puisqu'elle représente la proportion des personnes inoculées qui ont été mor-

dues par des chiens non atteints de rage et qui ne couraient par suite aucun risque de contracter cette maladie, il reste 1,341 personnes inoculées après avoir été mordues par des chiens vraisemblablement enragés. Les 31 cas de mort mis en présence de ce dernier chiffre donnent une mortalité de 2,35 0/0, au lieu de 1,15 0/0.

12° Or, même après cette élimination de la moitié des inoculés, le taux de la mortalité de la statistique générale de M. Pasteur est encore inférieur à la mortalité la plus faible qui ait été admise, antérieurement à l'application de sa méthode, c'est-à-dire la mortalité de 5 à 6 0/0 que je crois être la plus probable.

Le nouveau traitement semble donc efficace, puisque, d'après mes calculs, il sauverait encore trois personnes sur cent. Mais s'il est efficace, ce que l'avenir seul pourra rigoureusement démontrer, il est loin de l'être dans les proportions indiquées par M. Vulpian.

13° A cette dernière question : Peut-il être dans certains cas nuisible? En d'autres termes, les inoculations préventives simples ou intensives sont-elles susceptibles de transmettre la rage? Je n'hésite pas à répondre négativement. En effet, si ces inoculations étaient susceptibles de transmettre la rage, au lieu d'une diminution dans le taux de la mortalité, c'est une augmentation de cette mortalité et une augmentatien énorme qu'on aurait dû constater pendant la première année d'application de la méthode. C'est par centaines qu'on compterait aujourd'hui les décès par rage humaine, tandis que sur les 2,682 inoculés, 31 seulement ont succombé, proportion de beaucoup inférieure à la plus faible mortalité qui ait été évaluée antérieurement à l'application de la nouvelle méthode.

14° A l'appui de ma conviction relative à l'innocuité de ce traitement, je déclare que si j'avais le malheur d'être mordu par un chien enragé, mon premier soin, après avoir cautérisé profondément les morsures au fer rouge, serait d'aller me soumettre aux inoculations préventives. Tant qu'il ne sera pas démontré que ces inoculations sont nuisibles, alors même qu'elles ne sauveraient qu'un enragé sur cent, on ne devra pas hésiter à en recommander l'emploi.

NÉCROLOGIE

Le Dr Bara (Jules), chirurgien honoraire de l'hôpital civil de Tournai, président de la commission médicale provinciale du Hainaut, décédé à Tournai le 22 août.

Le Dr Frédéric Hairion, professeur à l'Université de Louvain, vient de mourir à l'âge de 78 ans. Le Dr Hairion a publié divers travaux d'ophthalmologie, il a été pendant longtemps directeur de l'Institut ophthalmique

de l'armée. Il avait été président de l'Académie de médecine de Bruxelles. Sa santé l'avait obligé depuis longtemps déjà à quitter l'enseignement.

Le Dr BERTHOUMIEU, de Colomiers-Lasplanes (Hte-Garonne), mort d'une variole confluente contractée au lit d'un malade. Ce nouveau martyr du devoir professionnel, dit la *Revue médicale de Toulouse*, était âgé de 25 ans et marié depuis trois mois.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours entre les internes en pharmacie.* — Le concours annuel entre les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris a donné les résultats suivants :

Première division (troisième et quatrième année). — Médaille d'or : M. Choay, interne de troisième année à l'hôpital Lariboisière ; médaille d'argent : M. Bréville, interne de troisième année à l'Hôtel-Dieu ; première mention : M. André, interne de troisième année à l'hôpital Bichat ; deuxième mention : M. Labriche, interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière.

Deuxième division (première et deuxième année). — Médaille d'argent : M. Moureu, interne de première année à l'hôpital de la Pitié ; accessit (livres) : M. Boutron, interne de deuxième année à l'Hôtel-Dieu ; première mention : M. Gueydet, interne de première année à l'hôpital de la Pitié ; deuxième mention : M. Genevrier, interne de deuxième année à l'hospice de la Salpêtrière.

Pour l'épreuve écrite, les candidats de la première division ont eu à traiter les sujets suivants : chimie : saccharoses ; pharmacie : des sirops ; histoire naturelle ; des fougères.

Pour la deuxième division, les sujets ont été les suivants : chimie : argent et ses composés ; pharmacie : huiles essentielles ; histoire naturelle : des fruits.

Pour la première fois, la distribution des prix aux lauréats de ces concours et la proclamation des noms des nouveaux internes n'ont pas eu lieu, cette année, en séance solennelle. Les choses se sont passés en petit comité, en présence des lauréats, de M. le Directeur général de l'Assistance publique et de M. Lutz, pharmacien des hôpitaux. Cette regrettable mesure a été prise à la suite du dernier concours pour l'internat en médecine ; M. Peyron a craint de recevoir, des élèves en pharmacie, le même accueil plus que bruyant qu'il a reçu l'an dernier des élèves en médecine. Si nous consultons nos souvenirs, qui remontent, hélas ! déjà loin, il nous semble qu'autrefois M. Husson, qui n'était certes pas un directeur exemplaire, savait affronter avec plus de courage que M. Peyron les boutades de la jeunesse (*Archives de pharm.*).

Concours de l'internat en pharmacie. — Nous publions la liste des internes en pharmacie qui ont été nommés à la suite du dernier concours et qui sont au nombre de 51 :

MM. Perrein, Marette, Lescène, Boudrot, Lefour, Desgres, Gaz, Vassal, Lefebvre, Barré, Vielle, Mansier, Coulon, Pitsch, Laborde, Gérard, Peits, Bourguignon (Michel), Gaillard, Barboux, Charpentier, Martineau, Guillaume, Desesquelle, Pommé, Chuche, Glaize, Gobert, Thouladjian, Martinet, Feuilloux, Ricard, Destremont, Decouard, Bourguignon, Reynald, Lacouture, Moussu, Lavadoux, Quinery, Chomeille, Brunet, Cathelineau, Harant, Tinard, Giraud, Foucher, Desarzens, Lua, Duperron, Gourin.

MM. Perrein et Marette ont obtenu, le premier, le prix de 100 francs, et le deuxième, le prix de 50 francs, offerts par l'Association amicale des internes en pharmacie.

Hôpitaux de Nantes. — Le ministre de l'Instruction publique vient d'être informé que M. Coicaud a laissé toute sa fortune, évaluée à plus de 800,000 francs, aux hospices de Nantes, pour être répartie dans les divers services.

Inauguration du nouvel hôpital de Vichy. — Cette inauguration aura lieu le 16 octobre prochain. Les ministres de l'Intérieur et du Commerce seront invités à y assister.

Bulletin de la mortalité *du 28 août au 3 septembre* 1887. — Fièvre typhoïde 35 — Variole, 9. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 27. — Phthisie pulmonaire, 176. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 51.

Méningite, 20. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 41. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 32.

Bronchite aiguë et chronique, 40. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 36.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 155.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 14. — Sénilité, 25. — Suicides et autres morts violentes, 34. — Autres causes de mort, 134. — Causes inconnues, 3.

Nombre absolu de la semaine : 904. — Résultat de la semaine précédente : 966.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La Suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par les docteurs H. Bourru et P. Burot, professeurs à l'école de médecine de Rochefort, Paris, 1887, un volume in-16 de 311 pages, avec figures, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy success. 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 107 Mardi 13 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND, SUPPLÉANT M. LE PROFr TRÉLAT.

De l'ostéo-myélite de l'adolescence.

Messieurs, j'ai à vous présenter aujourd'hui deux malades auxquels je vais pratiquer l'évidement du fémur pour l'un, du cubitus pour l'autre.

Le premier est un jeune tapissier de 19 ans, blondin, à paupières rouges, présentant au plus haut degré tous les caractères du lymphatisme. Néanmoins il s'est bien porté jusqu'en 1885. Il ne paraît pas avoir eu de blennorrhagie. Il a eu des gourmes dans l'enfance. Mais c'est le seul antécédent pathologique qu'il présente. Pas d'antécédents héréditaires non plus. Cependant tous ses parents que j'ai eu l'occasion de voir ont l'aspect de scrofuleux avérés.

En 1885, il est tombé sur le genou gauche : il y a eu un gonflement léger. Mais au bout de huit jours environ, tout était rentré dans l'ordre. Quel a été le rôle de ce traumatisme ? Il serait difficile de le préciser.

Toujours est-il qu'au bout de trois ou quatre mois il est apparu des phénomènes d'hydarthrose intermittente sur le même genou.

En 1886, le malade se décida à consulter M. Verneuil qui constata l'hydarthrose et fit le diagnostic de tumeur blanche. Il prescrivit le repos et l'immobilisation, et les choses rentrèrent dans l'ordre.

Mais au bout de quelques mois, les symptômes reparurent et, en 1887, le malade s'adressa au Dr Launois, qui, influencé sans doute par le diagnostic de M. Verneuil, se contenta de soigner l'hydarthrose. Il avait remarqué toutefois une tuméfaction assez considérable du fémur, avec intégrité relative des mouvements de l'articulation. Puis un abcès qui avait passé inaperçu s'ouvrit au niveau de l'extrémité supérieure du lozange poplité, et on extirpa à diverses reprises des séquestres.

Actuellement, on observe une tuméfaction du genou avec les signes caractéristiques de l'hydarthrose.

Au voisinage de la jointure, il n'y a ni rougeur, ni œdème. Les mouvements sont limités. Mais enfin, il y a de ce côté une intégrité relative ; les douleurs provoquées par les mouvements forcés n'ont rien de comparable à celles qui se produisent dans le cas de tumeur blanche. Le fémur dans ses 3/4 inférieurs a subi une augmentation de volume très appréciable. Ce gonflement a la forme d'un fuseau à base inférieure. Les tissus qui l'entourent sont empâtés. Enfin, en examinant la face postérieure du membre, on constate au sommet du lozange poplité un orifice fistuleux. Cette fistule de 8 centimètres de profondeur conduit sur une surface dénudée.

Passons à notre second malade.

C'est un patissier de 21 ans, lymphatique comme le précédent, sans antécédents personnels. Mais sa mère est morte tuberculeuse. Jusqu'à 15 ans, il s'est bien porté. Mais à cette époque, à la suite d'un coup de froid, il fit une maladie sérieuse. Il y avait de la fièvre et des douleurs vives dans l'avant-bras : puis il s'y produisit un abcès qui s'ouvrit et qui est depuis resté fistuleux : il en sortit des séquestres.

Mon diagnostic, dans les deux cas, est *ostéo-myélite de l'adolescence.*

Dans le second cas il ne peut y avoir aucun doute, puisqu'il y a une affection fébrile, douloureuse, suivie d'un abcès qui a donné lieu à un trajet fistuleux par lequel se sont éliminés des séquestres.

Chez l'autre, le tableau est moins net. Il n'y a pas eu de période aiguë au début. L'évolution du mal a été *insidieuse.*

Messieurs, je n'ai ni l'intention, ni le temps de vous faire ici l'histoire de cette maladie qui a reçu tant de noms différents : périostite rhumatismale, phlegmon diffus des os, périostite phlegmoneuse diffuse, etc., et que, à la suite d'importants travaux, nous appelons aujourd'hui ostéo-myélite aiguë.

Je veux seulement profiter de l'occasion pour insister sur quelques points.

Vous savez qu'on a beaucoup discuté sur *le siège du mal.* Est-il sous le périoste, est-il au centre de l'os ? M. Lannelongue, dont les remarquables travaux ont jeté tant de jour sur cette maladie autrefois assez obscure, est, vous le savez, de ce dernier avis et place le siège du mal au niveau du bulbe de l'os (cartilage dia-épiphysaire.)

Ce ne sont pas là, remarquez-le, des discussions purement théoriques, puisqu'elles vont juger de la pratique chirurgicale à tenir.

En effet, si le mal est sous le périoste, il va suffire d'ouvrir l'abcès et de donner issue au pus. Si, au contraire, nous adoptons la manière de voir de M. Lannelongue, il est absolument nécessaire de trépaner l'os, puisque le point de départ du pus est au centre. On évitera

ainsi le séquestre ultérieur et la perpétuation de la maladie. Je dois dire que les faits semblent absolument donner raison à cette dernière manière de se comporter. Et d'ailleurs, ma règle de conduite dans les cas douteux est la suivante : lorsque parmi plusieurs hypothèses, il y en a une susceptible de mettre à l'abri d'un certain nombre de périls, choisissons celle-là. D'ailleurs, dans le cas actuel, il est bien certain que la trépanation n'aggrave pas le pronostic opératoire.

Les malades que je vous présente semblent un argument de plus en faveur de la trépanation : ils n'ont pas été trépanés et n'ont pas guéris ; ils se sont dirigés vers un état chronique.

La nature de la lésion est également un sujet de controverse. Ici encore le microbe est entré en scène. Personne ne nie qu'il n'y ait des micro-organismes dans le pus. Mais les uns disent : le micro-organisme est spécifique et produit un empoisonnement particulier. Les autres prétendent, au contraire, que c'est un microbe pyogène quelconque.

Je n'ai aucune compétence dans une question de ce genre. Je vous dirai néanmoins que les expériences de divers auteurs, et entre autres de Rodet, semblent bien démontrer la spécificité de la lésion. D'autre part, certains faits cliniques sont également en faveur de cette hypothèse. C'est ainsi que j'ai vu un enfant qui, au bout de huit jours de maladie, présentait des eschares au sacrum, des abcès dans diverses régions, avec des séquestres des deux fémurs : il n'y avait pas d'infection purulente. Le tableau était bien celui d'une intoxication.

Il me reste à vous parler de la question de la *parenté* de l'ostéo-myélite avec *la tuberculose*.

Mon maître, M. Trélat, conçoit ainsi cette question :

1° D'une part, il admet l'ostéo-myélite aiguë des adolescents aboutissant à l'ostéo-myélite chronique prolongée. Dans cette affection, c'est l'ostéite productive qui domine et la caverne creusée dans l'os est doublée de solides parois de tissu éburné, que les instruments ne divisent que très difficilement ;

2° D'autre part, M. Trélat reconnaît la carie osseuse des anciens, qui est l'ostéite tuberculeuse : celle-ci est constituée par un tissu mou, friable, qui se fond pour ainsi dire sous la curette.

Mais à côté de ces deux classes bien tranchées, il a reconnu l'existence d'une certaine catégorie d'ostéo-myélites qu'il a qualifiées d'*insidieuses*, et sur lesquelles, il le déclare lui-même, ses idées ne sont pas absolument arrêtées. Elles répondent en somme aux ostéites *apyrétiques* de Gosselin. Un élève de M. Trélat, M. Françou, a pris pour son sujet de thèse ces ostéo-myélites insidieuses. Mais

il nous paraît avoir complètement défiguré la théorie de son maître. Il a fait des ostéo-myélites insidieuses des ostéo-myélites tuberculeuses. C'est aller beaucoup trop loin. Le phénomène *insidiosité* peut dominer dans la marche de la maladie ; mais il ne constituera pas une *entité*. On ne peut ranger tous les cas indécis sous le nom d'ostéo-myélites insidieuses, et surtout en faire d'une façon constante des lésions tuberculeuses. Pour moi, je suis d'un avis absolument opposé et je crois que c'est plutôt au contraire dans l'ostéo-myélite aiguë des adolescents (non tuberculeuse) qu'on rencontre l'*insidiosité*.

Que voyons-nous donc à ce propos chez nos malades ? Ce sont des scrofulo-tuberculeux. Ils n'ont pas de lésions tuberculeuses. Mais ils sont fort disposés à en avoir. Cependant, je ne crois pas que les lésions osseuses qu'ils présentent soient tuberculeuses. Chez le malade atteint d'une lésion du cubitus, nous n'avons certainement pas affaire à la tuberculose ; le début aigu, la dureté des parois de la caverne osseuse qui est revêtue de tissu éburné, sont là pour le démontrer. La chose est moins évidente chez l'autre sujet dont la lésion a évolué insidieusement.

Le fait ne doit d'ailleurs pas nous étonner, car on peut, chez un même sujet, montrer à la fois des lésions osseuses tuberculeuses et d'autres qui ne le sont pas.

J'arrive à la question de *l'intervention*. Il ne suffit pas de faire un petit nettoyage de la cavité médullaire et d'extraire le séquestre : de cette façon, on s'expose à des rechutes presque inévitables. Il faut toujours faire une ouverture plus grande que la cavité creusée dans l'os. On obtient ainsi une gouttière largement ouverte que l'on pansera à plat. Il faut bien savoir qu'il est fréquent de voir néanmoins les lésions continuer : l'os nouveau devient lui-même malade et l'affection persiste indéfiniment.

L. Greffier.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

L'hydrate d'amylène comme hypnotique. *Mering*, de Strasbourg (*Pestes Med. Chir. Presse*, 21 août 1887). — L'hydrate d'amylène, obtenu pour la première fois par Wurtz, appartient au groupe des alcools tertiaires. C'est un liquide ($C^5H^{12}O$) incolore, mobile, bouillant à 100°, d'une densité de 0,81. Ce liquide se dissout dans huit parties d'eau, et en toute proportion dans l'alcool. L'hydrate d'amylène possède une odeur éthérée particulière, un goût qui rappelle celui du camphre. Voici les résultats des expériences de Mering chez les animaux :

L'action de l'hydrate d'amylène à doses moyennes porte surtout sur le cerveau, à hautes doses sur la moelle et le bulbe ; les réflexes disparaissent, la respiration puis le cœur s'arrêtent.

Depuis deux ans, Mering a essayé ce médicament chez 60 sujets, à la dose de 3 à 5 gr. La plupart des malades souffraient d'insomnie de causes diverses. Deux malades avaient une lésion cardiaque étendue ; Mering traita par ce moyen un paralytique, un maniaque, un alcoolique atteint de délirium tremens. Une dose de 3 à 5 gr. suffisait pour produire, une demi-heure après, un sommeil calme de 6 à 12 heures de durée ; l'action fut incertaine dans 4 cas seulement. Lorsque l'insomnie est provoquée par des névralgies, l'hydrate d'amylène doit être combiné avec la morphine, car le premier ne réussit pas toujours dans ce cas.

On n'observe aucun effet fâcheux après l'usage du médicament, ni vomissement, ni trouble digestif; dans un cas seulement, le malade se plaignit d'un léger vertige au réveil. Au point de vue du goût, l'hydrate d'amylène est supérieur à la paraldéhyde.

L'hydrate d'amylène, au point de vue de l'intensité de l'action hypnotique, occupe une place intermédiaire entre le chloral et la paraldéhyde, l'équivalence des doses étant 1 pour le chloral; 2 pour l'hydrate d'amylène et 3 pour la paraldéhyde. L'hydrate d'amylène est préférable au chloral, en raison de son innocuité sur le cœur et de son peu d'action sur la respiration ; il ne provoque enfin aucun phénomène congestif au réveil. On peut l'employer à l'intérieur soit sous forme de capsules renfermant 1 gr. de liquide, soit sous forme de potion ; enfin le médicament réussit également bien en lavement.

DRUMINE, par *John Reid*. (*British Med. Journal.*, 26 mars 1887). — La drumine est un alcaloïde retiré de l'*Euphorbia Drumondii*, qu'on fait macérer en totalité dans l'acide chlorhydrique ; on précipite ensuite le bicarbonate de soude. La drumine se montre au microscope en cristaux étoilés presque rhombiques, de couleur grise ou blanche. La solution se combine avec le fer et les acides ; le cyanure de potassium la précipite de sa solution neutre ; le sublimé se combine avec elle, mais l'acide azotique fumant la dissout sans l'altérer.

Le chlorhydrate de drumine, associé au sublimé et employé en solution, exerce une action favorable dans le catarrhe nasal, surtout dans les cas chroniques ; on l'emploie en injection dans les fosses nasales. Des onctions avec une pommade composée de 2 gr. de spermaceti et de 0,6 de drumine, combattent avec succès la contracture du sphincter anal, le prurit, l'acné de la face. Deux injections sous-cutanées ont suffi dans un cas pour guérir complètement une sciatique datant de deux ans, qui avait résisté à tout traitement. Les applications extérieures de drumine se recommandent comme anal-

gésiques dans les brûlures de la peau, les névralgies, dans les petites opérations, l'ouverture d'abcès, etc.

A l'intérieur, la drumine apaise la soif et maintient la langue humide; portée sur la langue, elle masquerait le goût de la quinine et diminuerait la sensibilité générale. La drumine ne dilate pas la pupille, comme la cocaïne, et ne produit pas une période d'excitation avant celle de paralysie; enfin, appliquée sur de grandes surfaces, elle ne provoque pas de symptômes généraux.

INFLUENCE DE LA KAIRINE, DE LA THALLINE, DE L'HYDROCHINONE, DE LA RÉSORCINE ET DE L'ANTIPYRINE SUR LE CŒUR ET LES VAISSEAUX. *G. Beyer*. (*Deutsche Med. Zeit.*, 11 août 1887.) — La kairine abaisse la température en diminuant la production de la chaleur et en augmentant le rayonnement de calorique. Son influence délétère sur les globules rouges, son action hyposthénisante sur le cœur rendent son emploi dangereux.

La thalline abaisse la température pour les mêmes raisons. Les inconvénients sont les mêmes que pour la kairine, quoique à un degré moindre, et suffisent pour condamner l'emploi de cette substance.

L'hydrochinone abaisse la température en augmentant le rayonnement de chaleur par la dilatation des vaisseaux. La résorcine dilate également les vaisseaux et exercerait une action tonique sur le cœur.

L'antipyrine agit de même sur la température; peut-être provoque-t-elle une légère augmentation de la pression artérielle, mais elle laisse intacts les globules du sang.

INFLUENCE DE CERTAINS MÉDICAMENTS SUR LA CIRCULATION DU CERVEAU ET DE L'AVANT-BRAS. — Les auteurs, *Capelli* et *Brugia*, ont mis à profit pour étudier ces actions une large perte de substance des enveloppes cérébrales consécutive à une blessure du crâne; ils comparèrent en même temps les changements volumétriques et sphygmographiques survenus dans l'avant-bras.

Le nitrite d'amyle diminue la force de la contraction cardiaque. Il agit plus rapidement sur les vaisseaux encéphaliques ou sur ceux de l'avant-bras; pendant l'inhalation on voit se produire des oscillations dans le volume de l'avant-bras et de l'encéphale. Le chlorhydrate de morphine développe trois périodes : au début on observe une légère contraction des artères du bras et de la tête, puis une diminution du tonus vasculaire, qui atteint son summum au début du sommeil; en même temps il y a augmentation de la circonférence de l'avant-bras et de la pression intra-crânienne. Dans la dernière période, le tonus vasculaire reparaît peu à peu, tandis que le sommeil dure encore.

L'hydrate de chloral provoque d'abord l'anémie cérébrale, par suite de la diminution de résistance des artères périphériques. Plus

tard avec le sommeil, les vaisseaux cérébraux sont paralysés et le volume de l'encéphale augmente. La durée de cette période est variable, elle est accompagnée d'une période d'anémie qui coïncide avec des vomissements.

La paraldéhyde agit peu sur la circulation cérébrale, mais beaucoup sur le cœur ; on peut la substituer au chloral lorsqu'on veut éviter l'action vasculaire paralysante de celui-ci :

L'hyoscyamine augmente l'énergie du cœur et le tonus vasculaire quelques minutes après une injection sous-cutanée. Vingt minutes après le cœur faiblit ainsi que le tonus vasculaire. A ce moment le pouls devient fréquent, mais la diminution de volume du cerveau et de l'avant-bras n'est pas constante. La fin de l'expérience coïncide avec le plus grand affaiblissement du cœur et du tonus vasculaire. L'état normal se rétablit par une série d'intermittences dans le volume des parties observées.

L. Jumon

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Thèses soutenues pendant l'année scolaire* 1886-1887 :

N° 70. — Crossouard : Etude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos et en particulier de son origine équine.

N° 71. — Crambes : Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental (la région aurifère entre le haut Sénégal et le haut Niger).

N° 72. — Piron : Des myosites suppurées et du paludisme.

N° 73. — Benon : Traitement de l'ongle incarné (nouveau procédé opératoire).

N° 74. — Sallebert : Etude sur les récidives de la fièvre typhoïde.

N° 75. — De Taroni : Contribution à l'étude de l'éléphantiasis du scrotum, notamment chez les indigènes de la Nouvelle-Calédonie et des îles environnantes.

N° 76. — Birolleau : Souvenirs d'une campagne au Sénégal sur la *Salamandre* (hivernage 1885).

N° 77. — Séquinard : Du cloisonnement du vagin dans la chute de la matrice.

N° 78. — Alliot : Etude sur une épidémie de Dengue observée à Tahiti (janvier à mai 1885) ; la propagation à bord de l'aviso *le Volage*.

N° 79. — Dufour : Que faut-il faire du testicule en ectopie inguinale dans le cas de hernie inguinale étranglée.

N° 80. — Dufourc : De l'adénopathie trachéo-bronchique (hérédo-syphilitique).

N° 81. — Boullangier : Traitement par la trépanation hâtive des abcès intra-mastoïdiens.

N° 82. Angier : Contribution à l'étude des abcès pernicieux algides (mer des Antilles).

N° 83. — M. Rousseau : De la fièvre bilieuse hématurique au fort de Bammakò (campagne 1885-1886).

N° 84. Bène : Etude sur trois cas d'empoisonnement par le phosphore, traités par l'essence de térébenthine.

N° 85. — Martenot : Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle.

N° 86. — Dallot : Contribution à l'hygiène navale ; relation médicale d'un convoi de rapatriement d'émigrants indiens (considérations étiologiques sur le Béribéri).

N° 87. — Dupond : Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (accidents primitif et secondaire).

N° 88. — Desmontils : Des cas de dyspnée dus à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus.

N° 89. — Plouzané : Contribution à l'étude de l'hygiène pratique des troupes européennes en campagne dans les pays intertropicaux (Haut Sénégal et Haut Niger).

N° 90. — Joyau : Des hémorrhagies intestinales du premier âge, consécutives à l'invagination.

N° 91. — Perron : Considérations sur les causes et le traitement des otites moyennes chroniques.

N° 92. — Sérieyx : Du secret médical ; ce qu'il est, ce qu'il devrait être au point de vue de la contagion et de l'avortement.

N° 93. — Fischer : Du rappel de la parole chez les aphasiques.

N° 94. — Moulinié : Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel.

N° 95. — Peytoureau : La glande pinéale et le troisième œil des vertébrés (avec 12 figures dans le texte).

N° 96. — Villedary : Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement.

N° 97. — Ilbert : De l'emploi de l'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la diarrhée de Cochinchine.

N° 98. — Senesse : Traitement local de la phtisie laryngée.

N° 99. — Babot : L'aviso *Oyapock* pendant l'épidémie de fièvre jaune du Maroni (1886).

N° 100. — De Boyer de Camprieu : Empoisonnement [illegible] par les substances alimentaires altérées.

N° 101. — Blanc-Fon[illegible] dé-
lire hystérique (déli[illegible]

Nº 102. — Grasset ; Etude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques.

Nº 103. — Amiaud : Quelques considérations sur les ruptures musculaires.

Nº 104. — Firpo : Contribution à l'étude de la restauration immédiate du périnée dans les déchirures *post partum*.

Nº 105. — Pouchet ; Des tumeurs éburnées de l'orbite.

Nº 106. — Colle : Des complications oculaires dans l'érysipèle de la face.

Nº 107. — Fassy : Considérations sur l'état mental dans le diabète.

Nº 108. — Lallour : Contribution à la géographie médicale. La baie de Passandava et le poste d'Amboudimadirou (côté nord-ouest de Madagascar).

Nº 109. — Suzanne : Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale.

Nº 110. — Kergrohen : Etude sur la pathologie de Tahiti.

Nº 111. — Henry : Contribution à l'étude des fièvres typhiques récurrentes d'origine climatérique observées à la Guadeloupe.

Nº 112. — Jollet : Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental ; histoire médicale du poste de Kouvidou (1884-1886.) [Etude d'hygiène et de pathologie exotiques.]

Nº 113. — Morel : Etude critique sur les injections rectales gazeuses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Nº 114. — Dupuy : Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique.

Faculté de Lyon. — *Thèses pour le doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de juillet et d'août 1887.*

Nº 364. — Durbec (Gabriel) : Semen-contra, santonine, usages thérapeutiques, effets toxiques.

Nº 367. — Vallas (Maurice) : Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau.

Nº 368. — Bigeard (A.) : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du coma diabétique.

Nº 369. — Gauthier (Jean) : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'affection calculeuse chez la femme.

Nº 370. — Blanc (Edmond) : De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique (histoire critique et traitement chirurgical).

Nº 371. — Reymond (François) : Etude sur l'anémie pernicieuse progressive.

Nº 372. — Puig (Joseph) : Essai sur les blessures de l'oreille par armes à feu.

N° 373. — Bayrac (Pierre) : Etude du rapport de l'azote de l'urée avec l'azote total dans les urines normales et pathologiques.

N° 374. — Charmeil : Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore.

N° 375. — Giraud (Georges) : Des blessures de la vessie chez la femme dans les ablations de tumeurs abdominales.

N° 376. — Montagnon (Félix) : Contribution à l'étude des abcès de la cornée ; du pronostic et du traitement des grands abcès de la cornée.

N° 377. — Roux (Gabriel) : Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des tænias de l'homme.

N° 378. — Meurer (Lucien) : Des amputations à lambeaux cutanés.

N° 379. — Albertin (Henri-Alphonse) : Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique.

N° 380. — Fougerousse (Emmanuel) : Etude clinique sur la contagion et la marche de la conjonctivite granuleuse étudiée spécialement dans la région lyonnaise.

N° 381. — Perrotte (Georges) : Etude sur le pied plat valgus rachitique.

N° 382. — Louise : Sur un nouvel alcaloïde artificiel.

N° 383. — Arviset (Léon) : Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales.

N° 384. — Lorion (Emile) : Criminalité et médecine judiciaire en Cochinchine.

N° 385. — Cuche (Jules) : Etude sur la maladie de Friedreich.

N° 386. — Chataing (Hippolyte) : Etude médico-légale sur l'empoisonnement par le chlorate de potasse.

N° 387. — Alombert-Gogé (René) : Des tumeurs solides du cordon spermatique.

NÉCROLOGIE

Le Dr Lestelle (Henri), de Cauna (Landes).

Le Dr Lachaize (Jacques), licencié ès sciences naturelles, professeur d'anatomie depuis l'année dernière à l'école de médecine de Poitiers, décédé à l'âge de 32 ans.

Le Dr Rousseau père, conseiller général d'Hirson (Aisne).

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — L'empereur d'Autriche vient de conférer à M. Pasteur l'ordre de la Couronne de fer, lequel donne droit au titre de baron et à la particule.

HOPITAUX DE ROUEN. — A la suite du concours ouvert dans les hôpitaux de Rouen, M. le docteur Ch. Bataille a été nommé chirurgien-adjoint de ces hôpitaux.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Par arrêté, en date du 23 août 1887, sont institués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pour une période de quatre années, à partir du 1er juillet 1887, les docteurs en médecine actuellement en exercice dont les noms suivent : MM. Pruvost et Franckel.

CHOLÉRA. — L'épidémie cholérique paraît entrer en décroissance dans la Péninsule italienne Les nouvelles reçues de Sicile, de Naples et de Rome indiquent que sur ces divers points le nombre des victimes ne cesse de diminuer depuis la semaine dernière. En tout cas, le fléau n'a atteint aucune nouvelle localité dans cette période.

LA RAGE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS D'AUTRICHE-HONGRIE. — Malgré le réquisitoire de von Frisch contre la vaccination pastorienne, d'ailleurs victorieusement réfuté par une lettre que le savant français vient d'adresser au président de la Société impériale et royale de Vienne, la Chambre des députés d'Autriche-Hongrie vient d'adopter la proposition de M. le docteur Widersbeg, qui demandait que les inoculations préventives antirabiques, d'après la méthode de Pasteur, soient faites à l'hôpital général de Vienne.

LES DANGERS DE L'HYPNOTISME. — M. le docteur Andrieu raconte à la Société médicale d'Amiens un fait qui vient à nouveau montrer les dangers de l'hypnotisme, surtout quand il est mis en œuvre par des gens étrangers à la médecine.

M. Andrieu fut appelé, il y a quelque temps, près d'un de ses sujets habituels, le jeune C..., âgé de 16 ans, qu'il a déjà présenté à la Société médicale, il le trouva atteint d'une violente crise épileptiforme. C... avait été endormi par un négociant de la ville, et quand celui-ci avait voulu le réveiller il fut pris de sa crise nerveuse, que l'endormeur ne réussissait pas à calmer. M. Andrieu réussit à saisir le regard du patient et à l'endormir. Pendant le sommeil hypnotique, C... raconta que dans les derniers jours de la foire il fut endormi par un saltimbanque, qui, le trouvant bon sujet pour ses expériences, lui proposa de l'accompagner à la foire d'Abbeville. Sur le refus de C..., le saltimbanque l'endormit et lui suggéra qu'il serait malade, à son réveil, la première fois qu'il serait, dans la suite, soumis au sommeil hypnotique. C'est ce qui arriva. M. Andrieu lui suggéra qu'il n'avait rien, qu'il n'était plus malade, et le réveilla. Les crises nerveuses ne se reproduisirent plus. La nouvelle suggestion de M. Andrieu avait triomphé de celle du saltimbanque.

LES FUMEURS D'OPIUM EN CHINE. — D'après M. Waston, l'opium est mentionné dans la littérature chinoise vers le VIIIe siècle ; il fut introduit dans la culture avec le coton au XIIIe siècle et fumé depuis cette époque. Mais la quantité d'opium absorbée resta insignifiante jusqu'au développement du commerce avec l'Inde. Jusqu'au commencement du siècle le gouvernement chinois avait pu restreindre sensiblement, sinon détruire cette funeste habitude. On croit généralement en Europe que la

majorité des Chinois fument l'opium et que le peuple court ainsi à une ruine rapide tant au point de vue physique qu'intellectuel et moral. Les recherches de sir Robert Hart démontrent qu'il y a là une grande exagération : le nombre des Chinois qui fument l'opium indien ne dépasse pas 3 1/2 pour 1,000 de la population. En admettant une consommation égale d'opium indigène, on trouverait le chiffre de 6 2/3 pour 1,000. La somme totale dépensée par les Chinois pour l'opium peut être évaluée à 625 millions. Watson ajoute qu'il a traité beaucoup de fumeurs d'opium et qu'il n'a trouvé d'accidents vraiment bien marqués que chez 10 pour 100. (*Alger médical.*)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre vient de décréter ce qui suit :

L'article 5 du décret du 2 mai 1887, modifiant le décret du 10 janvier 1884, relatif à l'admission et à l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, est modifié ainsi qu'il suit :

« Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de 2e classe dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de 2e classe, les médecins et les pharmaciens professeurs agrégés dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes, les Écoles de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, les chefs de clinique, les prosecteurs des Facultés ou des Écoles de médecine nommés au concours, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecin, de chirurgien ou de pharmacien d'hôpitaux, dans les villes où ces emplois sont donnés au concours. »

— M. Amiaud, médecin de 2e classe démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans la réserve de l'armée de mer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Étude médico-légale sur l'alcoolisme. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés, par le docteur VÉTAULT, de la Faculté de Paris, ancien interne, médaille d'or des asiles de la Seine, etc. Paris, 1887, gr. in-8 de 237 pages, prix 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 105 Jeudi 15 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 14 septembre 1887.

M. le professeur Brouardel a lu hier, devant un public malheureusement trop restreint, une longue et minutieuse relation de l'épidémie de suette miliaire qui a éclaté au mois de mars dernier dans le département de la Vienne et qu'il a été chargé d'examiner et de combattre avec une commission dont faisaient partie MM. les Drs Descoust et Thoinot et un certain nombre d'internes des hôpitaux de Paris. M. Brouardel a donné une description complète de la suette miliaire, de ses symptômes et des divers aspects de l'éruption, de la marche, de la convalescence, du pronostic et du diagnostic. Ce dernier point était particulièrement intéressant, car l'épidémie de suette a débuté sous la forme d'une épidémie de rougeole à caractères spéciaux et peut-être beaucoup d'observateurs ne se sont-ils pas, jusqu'à la fin, rendu très nettement compte des modalités propres à ces deux affections.

Il était également intéressant de rechercher l'origine de cette épidémie et de se demander si, après les poussées assez nombreuses signalées déjà, la suette miliaire était devenue endémique dans le Poitou.

M. Brouardel n'a pas parlé du traitement de l'affection en elle-même, mais il a énuméré les moyens que la commission avait employés pour s'opposer à la marche de cette épidémie. Parmi ces moyens, en dehors des procédés habituels de désinfection, plus ou moins efficaces, nous signalerons surtout l'emploi d'étuves mobiles qui paraissent avoir eu dans ce cas de très grands avantages et qui ont été construites par deux ingénieurs dont les services rendus à l'hygiène publique ne se comptent déjà plus.

M. Tholozan a terminé cette séance par un exposé des épidémies de peste qui ont sévi en Russie et en Perse depuis trente ans. Il a dû retrancher des relations officielles un certain nombre d'épidémies qui avaient été inventées pour des besoins administratifs divers !

A. Ch.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le strophanthus comme médicament cardiaque.

Le strophanthus est une plante grimpante appartenant à la famille des Apocynées qui fournit un grand nombre d'espèces vénéneuses ou médicinales. L'espèce qui nous occupe, le *strophantus hispidus*, est largement répandue sur la partie centrale de l'Afrique, depuis la côte d'Or jusqu'à la baie Delagoa. Mais on la trouve aussi dans quelques autres régions tropicales, à Bantam, à Java et à Sumatra. Un grand nombre d'espèces sont inertes, d'autres sont très actives, et parmi ces dernières, le S. hipidus et le S. inyane. Toutes les espèces sont grimpantes et s'attachent aux arbres élevés ; le fruit, entouré d'une enveloppe cotonneuse, renferme 2 à 300 graines. Celles-ci sont couvertes de poils caducs qui tombent si rapidement qu'on peut seulement les voir en extrayant délicatement les graines du fruit ; chaque graine est suspendue par un mince pédicule à une sorte de parachute duveteux qui concourt puissamment à la dispersion des graines, comme chez les pissenlits.

La partie de la plante regardée comme active est la graine, mais il est possible que d'autres parties de la plante ne soient pas inertes. Voici l'analyse donnée par Helbing :

Huile grasse verte extraite par l'éther...........	24.000
Extrait résineux dissout par l'alcool rectifié......	26.521
Résidu insoluble..............................	49.380

La préparation la plus usitée est la teinture de semences qu'on doit préalablement dégraisser par l'éther. La teinture qui renferme l'extrait résineux est d'une couleur verte, due à la présence d'une petite quantité d'huile, et possède un goût très amer ; les doses ne dépassent pas quelques gouttes. Les graines renferment 8 à 9 p. c. d'un principe que Th. Fraser et Merck, ont obtenu à l'état cristallisé et qui possède les caractères d'une glucoside associée à un acide organique. Le produit, d'ailleurs imparfaitement cristallisé, est légèrement acide, soluble dans l'eau et dans l'alcool, à peu près insoluble dans l'éther et le chloroforme. Il brûle sans résidu, enfin sa composition qui répond à la formule $C^{20} H^{34} O^{10}$ montre qu'il s'agit d'un corps ternaire. Th. Fraser a indiqué les réactions de la strophanthine qui consistent en général dans une coloration intense variant du vert au bleu et au jaune sous l'influence des acides minéraux, lesquels transforment le produit en strophanthidine parfait cristallisable. Avant que ce produit fût introduit en pharmacie, on savait que les naturels de l'Afrique centrale se servaient de flèches empoisonnées par l'ap-

plication d'une pâte résultant du broyage des graines. Les armes ainsi chargées leur servent à tuer le gibier. L'animal qui est légèrement blessé s'arrête bientôt, respire dificilement, écume, et tombe inanimé, le cœur étant arrêté en systole. La chair, sauf le point blessé que l'on excise, est parfaitement bonne à manger. Le poison ne paraît autre que l'inée.

Au point de vue de son action thérapeutique, le strophanthus est un tonique du muscle cardiaque. Suivant T. Oliver, il serait supérieur à la digitale comme tonique, et Quilan assure que ce médicament ne produit aucun effet d'accumulation et agit seulement sur le cœur sans augmenter la résistance de la tunique musculaire des vaisseaux; aussi agirait-il plus favorablement sur la fonction rénale que la digitale. D'après les observateurs qui l'ont expérimenté, l'action du strophanthus est rapide et se produirait au bout de quelques minutes. Chez les malades atteints d'insuffisance aortique ou mitrale, la gêne de la respiration disparaît rapidement, le pouls se relève, la diurèse augmente et les irrégularités du rhythme cardiaque disparaissent pendant quelque temps. Les malades accusent une sensation de bien-être, en même temps que la sensation des symptômes pénibles ou douloureux qui ont pour siège la région précordiale. Quilan l'a administré dans le cours de la fièvre typhoïde avec tendance à l'atonie cardiaque et affaiblissement du premier bruit ; en quinze minutes le pouls reprend sa force, le premier bruit devient plus énergique et plus prolongé. L'œdème pulmonaire consécutif aux lésions cardiaque se dissipe en même temps que la dyspnée. Enfin l'action de ce médicament est constante et se maintient sans phénomène d'accoutumance tant qu'on l'administre. Son emploi, indiqué dans l'anémie, accélère l'action du fer.

Le seul inconvénient du remède est son amertume excessive. Les gouttes de teinture doivent être versées dans le véhicule au moment de s'en servir, car ce mélange fait dans d'autres conditions aurait, paraît-il, des propriétés nuisibles (Quillan, Fraser, *British Med. Journal*, 1887 ; Oliver, *The Lancet*, juillet 87.)

L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *septembre* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

L'épidémie de suette miliaire du Poitou. — M. *Brouardel* lit le rapport au nom de la Commission chargée d'aller examiner et combattre la récente épidémie de suette miliaire poitevine, mission

composée de MM. Brouardel, Thoinot, Descoust, et de quelques internes des hôpitaux de Paris.

Le 16 mars 1887 apparaissait, pendant une épidémie de rougeole, un cas de suette miliaire chez un homme de 18 ans, à Sillards, canton de Lussac-les-Châteaux, arrondissement de Montmorillon (Vienne). Depuis, l'épidémie s'étendit aux cantons voisins du département de la Vienne et dans quelques cantons du département de l'Indre, limitrophes du département de la Vienne. La Commission a également visité l'arrondissement de Melle, dans les Deux-Sèvres, où elle a reconnu quelques cas de suette qui ne lui avaient pas été signalés. L'arrondissement de Civray (Vienne) a été envahi dans tous ses cantons sauf un, celui de Couhé. A Confolens de même, dans la Charente, il y a eu un certain nombre de cas.

Symptômes. — La suette est généralement précédée de prodromes, mais elle peut éclater en pleine santé. Le malade ressent du malaise, il sent ses jambes se dérober sous lui ; il a de la fièvre et la nuit suivante il a des sueurs très abondantes. Ce début nocturne des sueurs a été assez commun.

Les sueurs sont d'abondance très variable. La faiblesse, le malaise général sont très marqués, même dans les cas les plus légers.

Les phénomènes nerveux sont des étouffements continus et paroxystiques, un sentiment de constriction épigastrique, des palpitations, de l'agitation, du délire. On a également observé des crampes et des contractures. La langue est saburrale, la constipation ordinaire.

Dans cette première période la toux est habituelle ; les épistaxis sont généralement abondantes.

La deuxième période commence lorsqu'apparaît l'éruption. Dans cette éruption il y a deux éléments à considérer : d'abord la papule miliaire se transformant plus tard en vésicule, s'ouvrant enfin et s'exfoliant ; en second lieu un érythème polymorphe qu'on peut classer sous trois formes, un exanthème rubéolique, un exanthème scarlatiniforme, enfin un exanthème à forme purpurique.

Le début de l'éruption se fait généralement sous la forme rubéolique, puis elle prend le caractère scarlatiniforme et affecte enfin la forme hémorrhagique.

Cependant l'éruption peut rester rubéoliforme ou commencer d'emblée par la forme scarlatineuse.

L'éruption se montre d'abord sur la face, puis elle envahit le cou, le tronc, les membres supérieurs, et enfin les membres inférieurs.

Le voile du palais est souvent piqueté de rouge. Les avant-bras, la face dorsale des mains sont aussi des sièges d'élection pour les papules. Les membres inférieurs pris, en dernier lieu, sont souvent moins touchés que le reste du corps.

Ce qu'on appelle la suette blanche est composé de papules qui restent dures et opaques.

Assez souvent l'éruption se fait en plusieurs poussées qui ne dépassent pas le chiffre de deux ou trois au maximum. Il ne faut pas confondre ces poussées, qui concourent à rendre l'éruption générale, avec les rechutes.

Cette éruption disparaît complètement et assez vite ; quelquefois, cependant, il reste assez longtemps des taches hémorrhagiques.

Pendant cette période la fièvre est moins vive, l'embarras gastrique et le malaise sont beaucoup moins prononcés. La constipation persiste, les garde-robes ont une odeur infecte. Les urines sont rares et quelquefois supprimées.

On a noté quelques hémorrhagies intestinales très abondantes.

La desquamation termine l'évolution de la maladie; elle se présente sous forme de desquamation localisée, en collerette, et sous la forme de desquamation en lambeau, aux doigts et à la paume de la main. La desquamation suit immédiatement l'éruption, elle l'accompagne même ; elle peut commencer à la face, en même temps que l'éruption commence aux membres inférieurs.

La maladie est en réalité terminée quand l'éruption commence à pâlir.

Convalescence. — Ce qui la caractérise surtout, c'est sa lenteur, son incertitude; il semble que le malade ne parviendra jamais à recouvrer la santé. Les formes les plus légères peuvent être suivies de convalescences longues et pénibles.

Les convalescents ont un teint blafard ; ils ont souvent de l'œdème des membres inférieurs. Il y a de l'insomnie, une anorexie très tenace, la toux persiste longtemps après la maladie. Dans quelques cas rares on a observé des crises spasmodiques rectales, comme dans l'ataxie locomotrice, des crises névralgiques et de l'irrégularité du cœur. Dans quelques cas il y a du délire et de l'excitation maniaque.

Variétés. — Deux variétés diffèrent de la forme typique ci-dessous, l'une par sa gravité : c'est la suette miliaire mortelle ; l'autre, par sa légèreté : c'est la suette miliaire ambulatoire. Un malade est mort en quarante-huit heures. Les malades qui ont traversé la première période sont généralement hors de danger; la mort survient rarement après le quatrième ou le cinquième jour, sauf dans les cas où il se fait une nouvelle poussée éruptive.

Ce qui a frappé tous les médecins et même le public, c'est la rapide décomposition des cadavres.

Les *rechutes* ne sont pas rares, elles se font souvent dans les premiers temps de la convalescence.

Le *pronostic* varie de gravité avec l'âge ; bénin dans l'immense

majorité des cas chez les enfants, il s'aggrave chez les adultes, surtout chez les adultes vigoureux, et peut-être chez les alcooliques.

Le *diagnostic* paraît facile, cependant on peut confondre certains cas avec des cas de rougeole. En consultant dès le second jour de l'arrivée les registres de l'état civil de Montmorillon, on voyait que, les jours précédents, il était mort 21 malades de suette et 21 malades de rougeole. La double épidémie avait débuté dans le canton de Lussac, pour gagner ensuite celui de Montmorillon, puis celui de la Trémouille. D'après les renseignements fournis d'ailleurs, ce n'était pas là une rougeole ordinaire, l'éruption n'était pas la même; les sueurs étaient très abondantes; à chaque pas, d'autre part, la Commission rencontrait des malades qui auraient été convalescents de rougeole, et chez lesquels, cependant, on voyait, sur certains points, l'éruption caractéristique de la suette. C'était donc bien là une suette miliaire, non pas tout à fait celle décrite par les anciens, mais une véritable suette miliaire d'après M. Brouardel.

Les symptômes du début ressemblent absolument à ceux de la rougeole, mais l'éruption n'est pas retardée jusqu'au quatrième jour comme dans la rougeole; elle débute, en général, dès le deuxième jour. La face est dans son ensemble d'un rouge un peu sombre, les yeux sont secs, on trouve des points acuminés sur les taches rubéoliques. Le dos des mains, les poignets présentent sur la surface rouge qui les couvre de petites papules qui paraissent les soulever Les vésicules miliaires sont très nombreuses sur divers points du corps; puis, l'éruption prend son aspect rubéolique pour devenir scarlatiniforme; si ce dernier caractère était constant, il suffirait à lui seul pour faire le diagnostic.

La forme rubéolique est le plus souvent bénigne, il n'en est pas de même chez les adultes. Cette forme comprend donc, avec les symptômes particuliers à la rougeole, quelques symptômes étrangers à cette affection. Ce n'est donc pas une rougeole à forme anormale, c'est une suette miliaire avec des caractères particuliers.

La desquamation est également toute particulière, c'est un mélange de desquamation rubéolique et scarlatiniforme.

C'est surtout par ses caractères épidémiologiques que la suette miliaire diffère de la rougeole. Voici les quatre caractères principaux:

1° La suette miliaire apparaît dans les pays où vient de se montrer une épidémie de rougeole;

2° Elle récidive dans une même épidémie sur les mêmes enfants;

3° Les enfants sont d'abord pris de rougeole, puis les parents contractent la suette;

4° L'incubation de cette forme peut quelquefois ne durer que 24 heures.

De tout temps on a signalé une relation entre les épidémies de suette et de rougeole. M. Brouardel fait l'historique des épidémies de suette déjà signalées.

Origine de l'épidémie de suette de 1887. Cette épidémie a débuté au milieu d'une épidémie de rougeole ou plutôt de pseudo-rougeole. C'est de Poitiers que la suette vint à Sillards, puis à Civaux, puis à Montmorillon. Un point important est de savoir si la suette est endémique dans la contrée. En 1841, 1842 et 1843, il y eut plusieurs épidémies dans la Vienne, les Deux-Sèvres et la Charente; à certains moments, il y eut dans ces contrées une sorte de réveil de la suette.

On a cru voir un certain rapport entre la suette miliaire et le paludisme, mais un grand nombre de malades n'avaient jamais eu d'accidents paludéens.

C'est là où l'épidémie a été générale et a frappé adultes et enfants qu'elle a eu le plus de gravité; dans les régions où elle n'a sévi que chez les enfants, l'épidémie était moins grave. Le nombre des malades varie du dixième au quart de la population.

Dans certains cas on a pu saisir des exemples d'importation de suette, l'épidémie se développait autour de l'introducteur. M. Brouardel cite d'ailleurs plusieurs exemples qui montrent la contagion.

Malheureusement, la commission n'a pu pratiquer d'autopsie qui permît de rechercher l'élément pathogène, elle n'a pu examiner qu'une fois un peu de sang.

Organisation du service sanitaire. — Le but de M. Brouardel était d'étouffer la maladie sur place et de l'empêcher de s'étendre. Le service médical fut confié à M. Thoinot, assisté de plusieurs internes des hôpitaux de Paris; chaque interne eut une résidence déterminée, et un service de renseignements fut organisé au moyen des brigades de gendarmerie qui, chaque jour, dans chaque commune, devaient interroger le médecin s'il y en avait, le maire, l'instituteur, le curé, et s'informer de tous les cas qui avaient pu se déclarer; les internes étaient immédiatement prévenus et M. Thoinot centralisait tous les renseignements.

Les mesures de désinfection consistaient en désinfection du linge et de la chambre à l'acide sulfureux et au blanchiment à la chaux. Toutes les chambres où s'était produit un décès étaient directement désinfectées à l'acide sulfureux. Un second moyen était le lessivage au sulfate de cuivre.

Ces mesures de désinfection sont d'un effet certain et d'un prix modéré; malheureusement, la désinfection directe n'est généralement pas possible dans la campagne où toute la famille n'a parfois qu'une seule chambre où sont tous les lits.

La désinfection à l'acide sulfureux, facile dans les grandes villes, est donc souvent impraticable dans les campagnes. On a reproché à l'acide sulfureux d'être souvent inefficace. Heureusement deux étuves mobiles, construites par MM. Geneste et Herscher, furent mises à la disposition de la mission. Cette étuve peut être traînée par un seul cheval, son poids ne dépasse pas 800 kilogr. Chaque étuve et sa locomobile étaient accompagnées d'un chauffeur mécanicien. Les étuves locomobiles furent placées l'une au Dorat, l'autre à Mouvières. Toutes les pièces de literie, tous les vêtements des malades furent successivement désinfectés. La désinfection peut se faire en un quart d'heure et par conséquent prive très peu de temps le paysan de ses vêtements.

Les conditions où la commission était placée étaient des plus défavorables, car il y avait tout à créer. La commission peut cependant croire qu'elle a été utile; son action a donné tout ce qu'on pouvait en attendre dans l'espèce, c'est-à-dire encore trop peu de chose, mais assurément quelque chose.

M. *Guéniot*. On a signalé une suette miliaire des femmes en couches. M. Brouardel a-t-il trouvé quelque chose de particulier à cet égard.

M. *Brouardel* n'a rien constaté de particulier chez les femmes en couches, mais les notes ont été prises avec un soin méticuleux sur tous les malades visités; on pourrait y relever ce qu'il y a eu chez les femmes en couches.

M. *Guéniot* croit que les cas signalés autrefois étaient une forme spéciale d'infection des femmes en couches peu connue à cette époque et connue aujourd'hui.

COMMISSION DU PRIX BUIGNET. — M. *le Président* désigne, pour faire partie de la Commission du prix Buignet, M. Javal en remplacement de M. Giraud-Teulon, décédé.

INVASIONS ET LOCALISATIONS DE LA PESTE EN RUSSIE ET EN PERSE DE 1856 A 1886. — M. *Tholozan* montre à l'Académie une carte indiquant les localisations ci-dessus. On a signalé un certain nombre d'épidémies de peste qui, en réalité, n'ont pas existé et qui avaient été inventées pour divers motifs. M. Tholozan cherche à déraciner des erreurs trop généralement acceptées. Nulle part, en Orient, la peste n'est à l'état endémique et permanent.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

VARIÉTÉS

Les égouts de Berlin.

Nous extrayons d'une correspondance adressée au *Temps*, 14 septembre, un passage qui intéressera certainement nos lecteurs et relatif aux égouts de Berlin.

Berlin remplit toute la largeur de la vallée de la Sprée, dépression presque imperceptible de la plaine allemande. Le fond de la vallée est lui-même parfaitement plat, si bien qu'entre le point le plus bas de la ville et le point le plus élevé, il existe au plus une différence d'altitude de 6 mètres. A une profondeur souvent moindre que la taille moyenne d'un homme s'étale au-dessous du sol, entre les grains de sable et les infusoires, qui abondent, une nappe d'eau qui baisse en automne pour remonter en hiver. Cette proximité des eaux souterraines exposées à recevoir toutes les impuretés à travers un terrain extrêmement perméable, cette absence presque complète de pente constituent pour une grande cité de détestables conditions hygiéniques. La capitale de la Prusse a mérité longtemps la réputation de localité malsaine, et maintenant encore, après des travaux fort bien entendus, la mortalité y est très supérieure à ce qu'elle est à Paris : en prenant la moyenne de dix années, on trouve que, sur dix mille habitants, il en meurt annuellement vingt-cinq à Paris et trente à Berlin.

Il ne pouvait être question d'y établir, comme chez nous, un immense réseau d'égouts en maçonnerie à haute et large section, où les liquides s'écoulent comme dans une rivière et que des chasses d'eau suffisent à peu près à nettoyer. La municipalité berlinoise y a substitué une « canalisation » (on se sert du terme français) qui se compose essentiellement de tuyaux en grès et qui se ramifie à l'infini pour communiquer avec chaque maison. Tout y aboutit, tout va à l'égout, tout. Des pompes puissantes installés çà et là font constamment le vide dans les tuyaux, attirent la masse liquide, et puis l'envoient sans cesse dans des dépotoirs placés au loin en pleine campagne. C'est un drainage pneumatique. Le voyage des matières est rapide, s'il est vrai, comme on me l'a raconté, qu'il dure moins d'une heure, quel que soit, dans Berlin, le point de départ. Rien de malpropre et de malsain ne peut donc séjourner dans la canalisation.

Il faut des années pour installer un pareil drainage. La municipalité y travaille avec un zèle que l'on pourrait dire passionné et qui montre bien la ferme résolution de remédier, sans retard et à tout prix, au danger provenant de l'excessive horizontalité de la ville. On y a déjà consacré près de cent millions de francs, qu'il a fallu

emprunter. Si je ne me trompe, c'est le point faible des finances municipales, car les taxes que l'on fait payer très justement aux propriétaires dont les immeubles sont en communication avec les drains ne montent guère qu'à deux millions, et il y a lieu d'en défalquer plus du tiers pour l'entretien passablement coûteux des « canaux ». Les arrérages et l'amortissement de l'emprunt retombent donc sur le buget général, c'est à-dire sur le contribuable. Nous en sommes là du reste à Paris, et dans des proportions plus défavorables qu'à Berlin. Notre réseau d'égout a coûté infiniment plus cher ; il nous rend, à certains égards, moins de services ; il rapporte à la Ville une somme annuelle encore plus insignifiante. Mais quoi ! pour notre génération, la première qui ait compris l'importance incalculable de l'hygiène, il n'est point de dépenses présentant au même degré les caractères de l'urgence comme de la nécessité. On y songeait si peu autrefois, que nous avons eu presque tout à faire ou à refaire

Le système adopté à Berlin paraît bien être le meilleur, le seul même que l'on ait pu y introduire. Il ne m'appartient pas de dire s'il conviendrait de se l'approprier ailleurs. Ce que je puis affirmer, c'est qu'il supprime bien mieux que le nôtre les mauvaises odeurs dans les maisons et que l'on ne respire pas là-bas dans les rues les odieuses émanations ammoniacales que nous devons aux usines chargées de transformer chimiquement la matière en question.

Mais où vont, à Berlin, les eaux d'égouts ? Comment les utilise-t-on, comment les détruit-on, une fois qu'elles ont été amenées dans les dépotoirs ? On emploie les mêmes procédés qu'à Gennevilliers : l'irrigation et l'oxydation dans le sol poreux. Seulement, les propriétaires de la banlieue ne paraissent guère disposés à se servir de ces eaux, la Ville a acheté aux environs, vers le Nord et vers le Sud, six grands domaines couvrant 53 kilomètres carrés, où elle essaie la culture intensive. Comme on en est encore aux débuts, il est difficile de dire si elle réussira ; en d'autres termes, si elle retirera de cette culture des bénéfices sérieux sans nuire à la santé de ses ouvriers agricoles. Car ce sont bien des ouvriers qu'elle y entretient, non des fermiers ; elle entend gérer elle-même ses terres.

CORRESPONDANCE

Paris, 12 *septembre* 1887.

A Monsieur le Dr Bottentuit,

Rédacteur en chef de la *France médicale*.

Très honoré Confrère,

A plusieurs reprises l'attention des lecteurs de la *France médicale* a été appelée sur l'Association médicale mutuelle. Ils savent déjà

qu'au moyen d'une cotisation mensuelle fixée à 10 francs, ils peuvent s'assurer en cas d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente par suite de maladie ou d'accident, quelle qu'en soit la durée, une indemnité de 10 francs. Le calcul des prévisions permet d'exprimer la certitude que la moitié seulement du produit des cotisations sera absorbée par le service de l'indemnité de maladie, la réserve devant permettre à l'Association non seulement de tenir tous ses engagements, mais aussi d'allouer, lors du décès d'un associé, une indemnité importante à sa veuve, ou à ses orphelins, ou à ses ascendants.

Je ne saurais, pour lever les doutes qui peuvent subsister sur la possibilité de réaliser ces promesses, trouver aucun argument plus précis et plus convaincant que les résultats obtenus en quatre ans par l'Association amicale des médecins anglais.

Cette société a tenu sa quatrième assemblée générale à Dublin, le 3 août dernier, sous la présidence du Dr Ernest Hart.

Le rapport constate que depuis la fondation il a été donné 96.950 fr. pour indemnités de maladie et que la réserve s'élève à 194.850 fr.

Voici les chiffres de l'exercice 1880-1887 :

A. Mouvement du personnel.

Effectif au 30 juin 1886	676	membres.
Entrés dans l'année	120	—
Sortis	22	—
Effectifs au 30 juin 1887	774	—

Augmentation : 98 membres.

B. Recettes.

Produits des cotisations	103.333 fr.
Intérêts des fonds placés	4.005 —
Total	107.338

C. Dépenses.

Nombre des malades	92	
Nombre des journées de maladie	3.484	
Total des indemnités de maladie		40.480 fr.

Il résulte de ce rapport que :

1° Les moyennes sont :

Cotisation annuelle	134 fr.
Indemmité quotidienne	11 fr. 61

2° La moyenne des journées de maladie par sociétaire et par an se trouve

entre 3.484 : 676 = 5.15
et 3.484 : 774 4.50

suivant que l'on prend pour base du calcul le nombre des sociétaires au début ou à la fin de l'exercice annuel.

3° La dépense pour indemnités de maladie atteint 38,1 0/0 de la recette ; elle s'était pendant l'exercice précédent élevée à 37,7 0/0. (*British medical*, 13 août 87.)

Ces résultats comparés avec ceux que nous avons prévus ne confirment-ils pas nos précisions tout en donnant la preuve expérimentale de la réalisation certaine de nos promesses ?

Cette preuve est pour nous concluante et je n'insisterai pas. En huit mois, nous avons recueilli un nombre d'adhérents plus que suffisant pour pouvoir, le malheur échéant, payer l'indemnité à un de nos associés devenu tout à fait incapable d'exercer, et cela sans cesser de servir l'indemnité à ceux qui seraient atteints d'incapacité temporaire. C'est un devoir pour nous d'étendre cet effet utile à un plus grand nombre en faisant sans cesse appel à la prévoyance de nos confrères. C'est pourquoi je sollicite la publication de ce document dans votre journal, certain d'avance de votre bienveillant accueil et convaincu que cette question d'intérêts professionnels est digne de toute votre attention et de celle de vos lecteurs.

Recevez, très honoré Confrère, l'assurance de ma respectueuse considération.

Dr G. Gallet-Lagagues, *président*.

NOUVELLES

—

Choléra. — Les dépêches d'Italie signalent une grande recrudescence du choléra dans la ville de Messine.

Dans la nuit du 10 au 11, il y a eu 30 morts.

Parmi ces 30 morts, il y avait 4 porte-faix ayant aidé au débarquement de marchandises venues par un bateau anglais arrivé de Bombay. Ce bateau avait eu pendant la traversée des cas de choléra.

Dans la journée du 11 au 12, il y a eu à Messine 60 cas et quarante morts.

Les habitants quittent la ville en grand nombre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—

Publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes, Paris.

Le charbon des animaux et de l'homme, par J. Straus, professeur agrégé, un volume in-8 de 228 pages, avec quatre figures et une planche, prix : 6 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy success 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 109 Samedi 17 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

De l'hydrothérapie moderne.

L'hydrothérapie est une pratique bien ancienne et l'on sait en quel honneur elle était chez les Romains. Mais elle n'était alors qu'une manœuvre empirique. Depuis lors, tour à tour pratiquée avec excès et abandonnée sans motifs, il a fallu les travaux de la science contemporaine pour en poser réellement les principes et en fixer les applications.

M. le Dr Bottey, ancien interne des hôpitaux de Paris et actuellement médecin à Divonne, s'est particulièrement préoccupé de cette étude et en a fait le sujet d'un intéressant travail (1). La première partie de cette étude est consacrée à la *douche froide très courte.*

L'eau des sources de Divonne avec laquelle il a opéré est de 7° à la piscine, 8° à la salle de douches et possède une température toujours constante. C'est comme on le voit une eau très froide. Les expériences ont été faites sur des sujets très sains (les garçons de l'établissement).

Voici à quels résultats il est arrivé :

Une douche de très courte durée (2 à 3 secondes) et à une très basse température (8°) produit toujours un abaissement de la température du corps. Une heure ou deux après l'application de l'eau froide, la température revient à son point de départ initial, qu'elle dépasse dans le plus grand nombre des cas. Cet abaissement de la température centrale est quelquefois précédé d'une très légère élévation (1 à 2 dixièmes de degré). Mais cette élévation temporaire n'est due qu'à la friction de la peau dont on fait ordinairement suivre la douche.

(1) *Etude médicale sur l'hydrothérapie*, par le Dr Bottey. Paris, Berthier, 1886.

A durée égale, une douche à 13°, température ordinaire des établissements hydrothérapiques, produit un abaissement moins considérable que la douche à 8° : cette dernière produira donc des effets toniques et reconstituants beaucoup plus accentués.

Lorsque, au contraire, la durée de la douche est plus longue, dix secondes, par exemple, on constate un abaissement notable de la température (4 à 6 dixièmes de degré) pouvant persister assez longtemps. De plus, cet abaissement n'est jamais précédé d'une élévation, même temporaire, de la chaleur du corps, que la douche ait été ou non suivie de frictions. L'hypothermie est alors trop forte pour pouvoir être compensée par la chaleur relativement minime que détermine artificiellement la friction.

La douche très courte, qui est un procédé tonique par excellence, détermine secondairement une action sédative très nette et voici pourquoi :

La douche très courte produit une réfrigération rapide (1 à 4 dixièmes de degré) : or, « placer l'organisme dans la nécessité de produire une plus grande quantité de chaleur en l'exposant à des pertes réitérées de calorique, c'est d'abord accélérer la consommation de la matière organique, par cela même accélérer le mouvement de décomposition ; c'est stimuler la respiration et l'oxygénation du sang qui en est la conséquence ; c'est exciter la circulation et la mutation de la matière dans les dernières divisions capillaires ; c'est éveiller le besoin de réparation, et enfin, impressionner directement l'innervation (Lubanski). »

Si l'on prolonge au contraire la douche au delà d'une certaine durée qui varie avec les prédispositions individuelles, l'action tonique, reconstituante et sédative fera place à une action excitante plus ou moins intense. En effet, la soustraction du calorique imposera à tout l'organisme des efforts très intenses en vue de réparer cette perte de chaleur, et il se produira une exaltation insolite de toutes les propriétés vitales : d'où une fatigue générale. En outre, l'excitation générale est encore provoquée par l'action réflexe du froid sur le système nerveux, d'où un grand nombre de symptômes réflexes (toux nerveuse, angoisse précordiale, oppression, insomnie, palpitations, etc.).

On voit que la douche froide très courte est celle qui convient aux chlorotiques et aux neurasthéniques.

Il ne faut jamais, dit M. Bottey, commencer par des douches tièdes sous prétexte d'entraîner progressivement les malades. Après la douche tiède, les malades n'ont aucune tendance à se réchauffer spontanément, car celle-ci ne produit aucun effet tonique. Par contre, elle détermine, au même titre que le bain chaud, un refroidissement

superficiel de la peau qui peut réveiller chez les sujets prédisposés des douleurs névralgiques ou rhumatismales.

D'après M. Bottey, qui nous paraît un peu audacieux dans ce cas, la douche froide très courte pourrait être impunément administrée pendant la menstruation et pendant la grossesse.

La douche froide très courte sera suivie d'une *friction* qui ne sera que *modérée* (frictions légères combinées à de petits tapotements) et que l'on cessera aussitôt que la malade sentira une légère chaleur. Les frictions trop énergiques constituent une mauvaise méthode. L'élévation thermique qu'elles produisent ne peut que neutraliser les effets bienfaisants du froid. De même la promenade et l'exercice corporel doivent être modérés et se borner à entretenir, sans le solliciter, le sentiment de bien-être et de chaleur agréable qui envahit le malade après l'application de l'eau froide.

Dans un second chapitre, M. Bottey étudie l'action de la *douche écossaise.*

Cette douche, d'après l'auteur, suivant la façon dont on l'applique, peut donner des résultats différents. Elle peut être : 1° révulsive ; 2° révulsive et tonique ; 3° sédative et tonique.

Lorsque, après une application d'eau très chaude suffisamment prolongée, on a fourni à l'économie un surcroît de calorique, on peut, suivant la durée de la douche froide consécutive, soit ramener simplement la température animale à son chiffre physiologique, soit l'abaisser ensuite au-dessous de ce chiffre. Dans le premier cas, on n'aura que des effets révulsifs, dans le second on obtiendra à la fois des effets révulsifs et toniques.

L'action révulsive est en même temps éminemment *analgésique.*

Dans le second cas, l'effet tonique est dû à la réaction qui se produit nécessairement, puisque le sujet est obligé de fournir par lui-même une calorification en rapport avec la soustraction de chaleur qu'il aura subie. La réaction se produit spontanément, ce qui est à considérer chez les malades impotents ou infirmes qui ne peuvent favoriser d'eux-mêmes ce mouvement physiologique.

La douche écossaise révulsive sera indiquée lorsqu'il s'agira de produire une action dérivative et analgésique puissante, et où l'on voudra en même temps éviter l'action nocive du froid sur le système nerveux (scléroses de la moelle au début, douleurs constrictives et fulgurantes de l'ataxie, névralgies diverses, rhumatisme subaigu).

La douche écossaise et révulsive sera indiquée dans toutes les affections qui réclament une action dérivative et analgésique en même temps qu'une stimulation des frictions de calorification (rhumatisme et goutte ; malades infirmes ou paralytiques incapables d'une réaction spontanée). On devra l'employer dans les inflamma-

tions chroniques confirmées de la moelle épinière lorsqu'on ne voudra pas soumettre d'emblée les sujets à l'action de la douche froide. Elle rendra également de grands services chez les sujets chloro-anémiques très faibles.

L'auteur appelle l'attention sur un procédé spécial qu'il appelle la *double douche écossaise.*

Il existe, dit-il, un certain nombre de malades très excitables chez lesquels une température supérieure à 38° ou 40° détermine quelquefois des phénomènes d'excitation plus ou moins intense. D'autres, malgré des températures suffisamment élevées (45°), éprouvent, par suite de prédispositions individuelles, une grande difficulté à rougir sous l'influence de l'eau chaude.

Dans ces cas, on opérera de la façon suivante : on donne d'abord une première douche écossaise à 35° ou 45° et d'une durée de une minute et demie à deux minutes. L'application chaude est suivie d'une douche froide très courte (de 3 à 6 secondes), puis on recommence à administrer la douche à la même température que la première fois et pendant la même durée. On fait suivre d'une nouvelle douche froide dont la durée varie, cette fois-ci, avec les effets simplement révulsifs, ou à la fois révulsifs et toniques que l'on veut produire.

La douche écossaise peut produire des effets *sédatifs*. Pour cela, il faut rendre les phénomènes de réaction de plus en plus faibles et de plus en plus lents à se produire. On y arrive très bien par l'action de la piscine froide, des affusions et des lotions froides. Mais il existe un grand nombre de malades qui, par suite d'une trop grande excitabilité morbide, ne peuvent supporter l'eau froide d'emblée. Dans ces cas, on pourra par la douche écossaise obtenir un effet sédatif, en opérant de la façon suivante : on élève d'abord l'eau chaude progressivement et lentement de 35° à 40° et 42°, pendant un temps qui varie entre trente secondes et une minute, puis on reste à la température maxima pendant une minute et demie à deux minutes; enfin on abaisse plus ou moins lentement jusqu'à l'eau froide pendant une durée variant de trente secondes à une minute.

Le travail que nous analysons se termine par 15 observations à l'appui des préceptes que nous avons résumés et par une note sur un cas de contracture de la jambe droite guérie par l'hydrothérapie et la gymnastique médicale suédoise (Méthode de Ling).

Dans une autre brochure (1), M. Bottey nous apprend qu'on emploie également à Divonne l'électricité sous toutes ses formes (électricité statique, courants continus et interrompus.) L. Greffier.

(1) L'hydrothérapie à Divonne-les-Bains, Davy, 1886.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

CABINETS DE LECTURE ET MALADIES INFECTIEUSES. — La possibilité de transmettre les maladies infectieuses par l'intermédiaire des cabinets de lecture mérite d'attirer l'attention des hygiénistes. Généralement les précautions que l'on prend vis-à-vis des vêtements, literies, etc., ne sont pas observées à l'égard des livres qui se trouvent dans la chambre des malades et qui lui servent. C'est cependant là un moyen puissant de propagation des maladies. Les squames épithéliales dans la scarlatine, la rougeole, etc., pénètrent entre les pages et ne peuvent être détruites par aucun procédé de désinfection connu, si ce n'est la destruction complète du volume. Dans le cas de cabinets de lecture, le danger est manifestement augmenté par ce fait que les livres sont simplement prêtés. D'ailleurs, le malade est le plus à même d'user de lectures pendant la période de convalescence, qui est précisément la période de desquamation, et l'atmosphère de la chambre est remplie de particules flottantes propres à propager les maladies dans des circonstances favorables. Le premier point consiste donc à apprendre au public à reconnaître ce danger, danger dû plutôt à l'ignorance ou l'oubli qu'à une indifférence positive. Un des meilleurs moyens de faire prendre ces précautions consiste à coller dans le livre lui-même, en encre voyante, une notice indicatrice. Dans certaines localités, les propriétaires des cabinets de lecture sont prévenus des cas d'affections contagieuses signalés; mais, outre que les bureaux d'hygiène n'existent pas partout, cette mesure est considérée plutôt comme vexatoire que propre à provoquer des soins de désinfection Il vaut mieux faire signer par les abonnés une déclaration par laquelle ils reconnaissent ne pas avoir chez eux des malades atteints d'affections contagieuses et les condamner à une amende en cas de fausses déclarations. En temps d'épidémie, il serait même désirable, dans l'intérêt du public, de fermer ces cabinets de lecture. (*Medical Press.*)

NOUVELLES ÉTUDES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE. — *Wolffberg* (*Deutsche med. Zeitung*, n° 61, 87) est du nombre de ceux qui admettent que certaines conditions sont nécessaires pour que le parasite puisse végéter et produire la maladie. Ces conditions qui créent la prédisposition à la tuberculose se trahissent par des troubles de la nutrition générale, une diminution de l'énergie vitale, une dégénérescence à la fois locale et générale. Cela est vrai non seulement pour la phthisie, mais pour toute espèce de tuberculose. La prédisposition doit donc être cherchée, d'après Wolffberg, dans certains éléments cellulaires. C'est dans les cellules que se livre la lutte avec

le bacille. Mais l'auteur considère comme simplement associés à la prédisposition tuberculeuse certains vices de conformation de la poitrine, le faible développement des muscles et surtout du cœur, l'hématopoïèse incomplète, alors que toutes ces défectuosités ne sont très probablement que les conditions fondamentales qui favorisent l'envahissement de certains éléments par les bacilles.

La prédisposition à la tuberculose est héréditaire ou acquise ; le rapport des deux formes étiologiques a été diversement fixé. Meissen, sur 731 phthisiques à Falkenstein, a trouvé 305 tuberculoses acquises, 426 héréditaires en ce sens qu'il existait des phthisiques parmi les ascendants ou les collatéraux, mais il ne serait pas exact de regarder tous ces malades comme des tuberculeux héréditaires. Cette prédisposition créée par l'hérédité ne peut être établie que dans les centres ou les hospices où la filiation étiologique peut être facilement déterminée par des observations nombreuses et suivies. La prédisposition est le plus souvent acquise, car il est clair qu'une famille dans laquelle la tuberculose serait réellement héréditaire finirait par s'éteindre rapidement. En réalité, tous ceux dont l'énergie vitale baisse d'une façon durable sont exposés à devenir tuberculeux. Brehmer a fait remarquer à ce sujet que les derniers venus d'une nombreuse famille, les parents fussent-ils parfaitement sains, sont particulièrement menacés. Il est possible, bien que le fait soit contesté plutôt pour des raisons théoriques, que des conditions prédisposantes passagères mais non complètement accidentelles paraissent se transmettre par l'hérédité.

Sur un mode de transmission de la tuberculose chez l'homme ; l'étiologie de la tuberculose et ses rapports avec la scrofule. — *Lehmann* (*Deutsche med. Zeit.*, 61, 87) a eu l'occasion d'observer une épidémie de tuberculose qui avait été provoquée par la succion des blessures provenant de la circoncision faite sur des enfants israélites. Voici les conclusions qu'il tire de ses observations personnelle et des cas qu'il a pu recueillir dans les auteurs :

1. L'infection causée par le contact de la salive d'un phthisique sur la plaie d'excision est une véritable inoculation tuberculeuse.

2. Pendant l'enfance, les lésions cutanées causées par le grattage, celles de l'eczéma et de l'impetigo sont des portes d'entrée pour le bacille tuberculeux.

3. La propagation des bacilles se fait par les voies lymphatiques ; c'est dans les ganglions que se forment les premiers foyers ; plus tard les ligaments, les cartilages et les os sont atteints.

4. La scrofule est une forme de tuberculose infantile.

5. La tuberculose chez les enfants revêt une marche traînante et offre un pronostic favorable.

6. La lutte entre les bacilles en général clair-semés et les cellules se termine le plus souvent à l'avantage de ces dernières.

7. La tuberculose par inoculation est, comme dans les expériences chez les animaux, d'un pronostic beaucoup plus franc que la tuberculose spontanée.

8. Lorsque la maladie est mortelle chez l'enfant, elle revêt la forme de la méningite basilaire.

9. La preuve de la présence des bacilles n'est pas toujours facile à faire au début de l'invasion ou même à l'issue de la maladie.

10. A l'époque de la puberté, c'est surtout la tuberculose des voies respiratoires qui domine.

11. La localisation intestinale est presque toujours secondaire ; elle peut survenir primitivement par l'usage de la viande provenant d'animaux tuberculeux.

12. Le lupus est une tuberculose de la peau.

13. La pénétration des bacilles ne peut avoir lieu sans une condition pathologique antérieure de la peau ou des muqueuses.

14. La prédisposition est plus souvent acquise qu'héréditaire.

15. Les lésions et les maladies de la peau dans l'enfance doivent être traitées par l'application de sparadraps possédant une action désinfectante.

16. Il faut traiter énergiquement les sujets phthisiques et désinfecter les crachats.

17. La phthisie est relativement rare jusqu'à 15 ans, parce que jusqu'à cet âge le système lymphatique est plus prédisposé à l'infection tuberculeuse que les poumons.

Bacilles tuberculeux dans le sang. — Dr *Renzi* (*Revista clinica*). La présence des bacilles tuberculeux dans le sang montre que la maladie primitivement localisée s'est généralisée. L'expérimentateur, pour étudier la faculté du sang à se laisser envahir par les bacilles, a injecté directement chez l'animal le sang tuberculeux. Les résultats furent tantôt positifs, tantôt négatifs. Ce qu'il y eut de particulièrement intéressant, c'est que dans deux cas où la tuberculose fut très intense, l'inoculation avait été faite avec du sang provenant de malades atteints de méningite tuberculeuse. Aussi De Renzi est porté à croire à la présence presque constante des bacilles dans le sang à cette période de la tuberculose.

L. Jumon.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement abortif de la furonculose par les pommades au précipité rouge. —Le staphylococcus pyogenes aureus serait, d'après

les recherches récentes, l'agent actif de la furonculose ; aussi était-il indiqué d'employer dans ces cas la méthode antiseptique. M. *Jorissenne* (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, août 1887) a, dès 1881, injecté au centre des gros furoncles quelques gouttes d'une solution à 2 0/0 d'acide phénique qui amenait rapidement la rétrocession de l'affection. Cette méthode est douloureuse et par suite peu applicable dans les cas où les furoncles sont nombreux.

Se basant sur les excellents résultats donnés dans les orgeolets par la pommade au précipité rouge, M. Jorissenne a employé le même traitement dans les furoncles. Il prescrit une pommade composée de 10 centigrammes de précipité rouge pour 10 grammes de lanoline dont on fait des onctions pendant trois ou quatre minutes. Ce traitement réussit également bien contre l'acmé ; il partage, d'ailleurs, cet avantage avec le calomel et le précipité blanc. Il est également efficace dans la tourniole ou onyxis latéral et dans le panaris anthracoïde.

Dans l'impétigo du cuir chevelu, M. Jorissenne modifie pendant trois semaines par un traitement général l'état du malade, puis il fait appliquer sur les points atteints une mince couche de cette pommade :

Beurre de cacao	15 gr.
Vaseline	15 gr.
Sublimé corrosif	0 gr. 10 centigr.

Nouvelle recette pour masquer le gout de l'huile de ricin. (*Liger*). — L'auteur, après avoir démontré que la caséine jouit du pouvoir d'émulsionner les huiles, les essences et les résines, lorsqu'on a soin de l'employer absolument pure et d'y ajouter une légère quantité de bicarbonate de soude et de sucre pulvérisé, propose la formule suivante :

Saccharure de caséine	q. s. p. émul.
Huile de ricin	15 gr.
Eau de laurier cerise	5 gr.
Eau distillée	100 gr.

Cette formule anéantit complètement le mauvais goût du remède et n'atténue aucunement son action. (*Lyon médic.*, 17 juillet 1887.)

La racine du melon comme succédané de l'ipéca. — *Reberger*, décrivant le principe amer des cucurbitacées, attribuait déjà des propriétés émétiques et purgatives à la racine du melon. Maintenant *Jorosiewicz* assure que ce principe émétique est une substance amère qu'on peut retirer par l'alcool de l'extrait aqueux de la racine du melon. Il lui donne le nom d'*emétine du melon*.

Voici ses caractères: masse compacte, brunâtre, d'une cassure

luisante; elle est très déliquescente; sa solution aqueuse a une saveur légèrement piquante, amère; elle est sans action sur les acides et les alcalis; elle colore l'éther. L'alcool la dissout instantantanément; elle est précipitée de cette solution par l'acétate de plomb et par l'infusion de noix de galle. L'ammoniaque liquide et la potasse caustique la dissolvent facilement; les acides produisent dans cette solution un précipité gris brunâtre difficilement soluble dans l'eau.

Un très grand nombre d'expériences ont été faites sur des animaux pour prouver les propriétés émétiques de la substance qui nous occupe, et récemment de nouvelles expériences, plus concluantes, ont été faites à l'hôpital de Lemberg. On a cru pouvoir en conclure que, pour un adulte, on ne pourrait, sans grand danger, dépasser la dose de 25 grammes de poudre de racine. Une solution de 9 centigr. d'émétine du melon provoque des vomissements. Les racines qui ont servi à faire ces expériences provenaient de plantes cultivées; les plantes sauvages sont beaucoup plus actives. D'après le docteur Langewicz, celles-ci constituent un vomitif infaillible à la dose de 50 à 75 centigrammes.

De nouvelles et nombreuses expériences pourront seules faire connaître exactement les propriétés médicamenteuses de cette racine. (*Bolletino farmaceutico et Archives de pharm.*)

Traitement du zona. — Le Dr *Guibout* badigeonne les parties malades plusieurs jours de suite avec le collodion riciné, en ayant soin d'étendre successivement les nouvelles couches sur les anciennes.

Ce topique présente le triple avantage : 1° d'être, par sa composition chimique, un anesthésique local; 2° d'exercer, en se solidifiant, une pression uniforme sur les parties malades; 3° de les recouvrir d'un feutrage épais et imperméable qui les met à l'abri du contact de l'air et de toutes ses conséquences fâcheuses.

Santonine dans l'aménorrhée. — En administrant la santonine à cause de vers intestinaux chez une jeune fille de 17 ans, à dose de 0,7 le soir; puis le lendemain matin une dose de sel de Sedlitz, Whitehead ne réussit à provoquer l'expulsion d'aucun ver; en revanche les règles suspendues depuis plusieurs mois reparurent. A ce moment il ne songea pas à attribuer à la santonine une action emménagogue. Un an plus tard il dut traiter un cas de chloro-anémie avec suppression des règles; il donna la santonine avec succès. Depuis lors, il a répété cette expérience, et il est arrivé à penser que la santonine ne présente pas seulement une action vermifuge, mais qu'elle agit aussi sur l'ovulation. (*The Lancet*, 1885, septembre 6. *Paris médical.*)

NOUVELLES

—

Faculté de médecine de Paris. — L'ouverture de la session d'examen pour l'admission à la Clinique d'accouchements des aspirantes élèves sages-femmes aura lieu le jeudi 6 octobre 1887, à neuf heures du matin.

Les demandes d'inscription sont reçues au Secrétariat de la Faculté, tous les jours, de une heure à deux heures de l'après-midi, jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement.

Missions. — M. le Dr A. Bournet (d'Amplepuis) vient d'être chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission scientifique en Corse, pour étudier le banditisme et la répartition géographique de la criminalité.

— M. Pichevin, interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission à Vienne, à l'effet de prendre part au congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra dans cette ville pendant le mois de septembre 1887.

— M. le Dr Mangenot est chargé d'une mission à l'effet de prendre part au congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Vienne au mois de septembre 1887 et de visiter les écoles de Vienne et de Buda-Pesth.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 8 septembre 1887, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bienvenüe et Cluzant.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Vielle, Duponchel, Gaillard, Cros, Descosse, Boppe, Samier.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Fromond, Roman.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Gauffrès, Massie, Wagner, Roch, Bayrac.

— Par décision ministérielle, en date du 8 septembre 1887, M. le pharmacien inspecteur Schmitt a été nommé membre du comité consultatif de santé.

— Par décret, en date du 8 septembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Meyer, Lebrun, Predhomme, Parmentier, Carpentier, Debu, Quint, Thore, Dumont et Coquard.

— Par décret, en date du 9 septembre 1887, M. Alliot, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

La mobilisation du 17e corps d'armée. — M. Mathis, médecin en chef du corps d'armée mobilisé, vient d'écrire au chef de corps une lettre dont voici quelques extraits :

..... « Je vous prie de bien vouloir donner des ordres pour que, pendant le combat simulé devant avoir lieu le 9 entre divisions, il soit fait une expérience du relèvement des blessés, de fonctionnement du poste de secours, ainsi que des ambulances et des hôpitaux dans les conditions prévues par le règlement sur le service de santé en campagne.

« Afin de donner à cette expérience une apparence d'action réelle, les médecins du corps désigneraient d'avance un certain nombre de militaires devant tomber à un moment préfixé de l'action, et qui seront trouvés porteurs d'un bulletin mentionnant la blessure pour laquelle ils auront à recevoir l'assistance des brancardiers avant d'être transportés par eux au poste de secours.

« Dans le même but, l'ambulance du quartier-général se fractionnerait, à un moment donné, en deux sections, dont une irait au secours de l'ambulance divisionnaire recevant le plus de blessés, dont l'autre resterait sur place. Quant aux hôpitaux de campagne, je propose que les numéros 1 et 2 soient, en prévision d'un engagement à bref délai, répartis entre les divisions, marchant à la suite des sections de munitions, afin de pouvoir arriver rapidement pendant le combat à proximité des ambulances divisionnaires correspondantes, chargées de les relever en cas de mouvement en avant ; que les numéros 3 et 4 soient disposés en échelons se rapprochant de plus en plus de l'hôpital d'évacuation, et, enfin, les numéros 5 et 6 s'installant de chaque côté de cette formation, pour représenter, l'un l'hôpital auxiliaire destiné à recevoir exclusivement les contagieux, l'autre l'hôpital sédentaire de pays occupé, où pourraient être déposés les blessés non transportables. »

Le Congrès de Washington. — Les journaux anglais publient la dépêche suivante :

Washington, 11 septembre 1887.

Le Congrès médical international a tenu sa dernière séance samedi.

Le Dr Grailey Hewitt, de Londres, a exprimé au nom des délégués étrangers, son appréciation sur les avantages qui doivent dériver de ce Congrès et il a fait ressortir les efforts des membres du Comité exécutif pour rendre les réunions aussi intéressantes que possible. Il a également présenté au Congrès les remerciements des délégués étrangers pour l'attention accordée à la discussion des différentes communications présentées, et aussi pour l'hospitalité et l'amabilité dont ils ont été l'objet pendant leur séjour dans la capitale des Etats-Unis.

Le Dr Hewitt a alors proposé, de la part des visiteurs, un vote de remerciements à l'adresse du Président des Etats-Unis, Cleveland, pour sa présence à la cérémonie de l'ouverture du Congrès, exprimant aussi leur reconnaissance aux membres du Comité exécutif, qui ont tout fait pour rendre les séances intéressantes, et termine en remerciant le peuple de Washington pour son hospitalité.

Les remerciements du Dr Hewitt, ainsi que les résolutions présentées par lui, ont été accueillis par des applaudissements prolongés.

Le Dr Martin, de Berlin, et le Dr Landolt, de Paris, ont successivement pris la parole, ce dernier s'étendant sur la courtoisie montrée par le Président Cleveland envers les membres du Congrès. Le Dr Edmond Owen, d'Angleterre, a aussi fait un speech, puis les résolutions du Dr Hewitt, ont été votées à l'unanimité.

Le Congrès s'est alors ajourné pour se réunir à Berlin en 1890.

On cite, comme probable, la nomination de M. Virchow comme Président du prochain Congrès.

Hier au soir, plus de trois cents membres du Congrès ont quitté Washington pour se rendre aux Chutes du Niagara.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 4 au 10 septembre* 1887. — Fièvre typhoïde, 48 — Variole, 7. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 19. — Phthisie pulmonaire, 149. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 39.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 35. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 44.

Bronchite aiguë et chronique, 30. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 34.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 144.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 17. — Suicides et autres morts violentes, 18. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 842. — Résultat de la semaine précédente : 904.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique, par Alexandre Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. Paris, 1887, un volume in-16 de 312 pages, prix : 3 fr. 50.

Librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

DESPAGNET. — **De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée**, une brochure in-8 avec planche hors texte, 2 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successr
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 110 Mardi 20 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

M. SEGOND, SUPPLÉANT M. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

—

I. Un cas curieux de kyste hydatique du foie. — II. Des abcès urineux.

I. Messieurs, je vous parlerai d'abord d'une opération que j'ai pratiquée cette semaine dans un cas vraiment curieux de kyste hydatique du foie.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, que m'a adressée M. le professeur Bouchard avec le diagnostic : kyste hydatique suppuré du foie. Elle a été ponctionnée deux ou trois fois, et la ponction a donné issue à un liquide clair et limpide. Mais dans ces derniers temps, elle a été prise de fièvre, s'est mise à maigrir, puis a eu une vomique abondante. L'aspect est devenu celui d'une véritable phthisique ; l'abondance de l'expectoration est telle qu'elle promène toujours avec elle un panier à provision doublé d'une feuille de zinc dans lequel elle crache constamment.

Je dois vous rappeler que les kystes hydatiques du foie peuvent être classés en trois groupes.

Le premier est la variété abdominale : le kyste est appendu dans le ventre de telle façon qu'il est souvent pris pour un kyste de l'ovaire.

La deuxième variété comprend les kystes intra-hépatiques, mais elle se subdivise elle-même en deux groupes : ceux qu'on attaque par devant, ceux qu'on attaque par derrière.

C'est à ce dernier groupe qu'appartient la malade qui fait le sujet de cette leçon. Le foie ne dépassait nulle part les fausses côtes, et comme on sentait en arrière une matité *de bois*, il fallait attaquer de ce côté en faisant la résection des côtes.

J'ai donc réséqué la huitième côte dans une étendue de 8 à 9 centimètres, un peu en arrière de la ligne axillaire. J'ai incisé le périoste

et traversé la plèvre, où se trouvaient des adhérences salutaires. Puis j'ai incisé le diaphragme et suis arrivé sur le foie que j'ai ponctionné. Mais, à mon grand étonnement, il s'en est échappé un liquide *clair*.

Où donc siégeait le pus ?

J'introduisis ma main dans le kyste.

En bas, j'avais une sensation de mollesse; c'était l'intestin; en haut, même sensation produite par le poumon.

Mais le fond de la poche présentait des caractères particuliers. Tandis que toute la cavité du kyste avait une coloration opaline, on observait en ce point une coloration blanchâtre, crayeuse. Le doigt avait la sensation d'une paroi plus empesée.

Une ponction fut faite en ce point, et l'on vit apparaître dans l'aspirateur un liquide jaune, épais. J'introduisis alors par cette ouverture une pince hémostatique qui me permit d'en écarter les bords. L'ouverture éclata, et il se précipita du pus, des vésicules hydatiques, des crachats, etc. Mais une hémorrhagie, inquiétante au fond de ce puits, se déclara. Je mis une éponge, et réséquai rapidement la côte supérieure. L'hémorrhagie s'arrêta, et, par l'orifice précédemment fait, on put pénétrer dans un deuxième kyste, *intra pulmonaire*, qui était le siège de la vomique.

Avec une cuiller à café, on put retirer plein les deux mains d'une bouillie qui remplissait cette poche, bouillie composée de pus, vésicules hydatiques, crachats, etc.

La malade a ce matin 37°. Survivra-t-elle ? C'est ce qui n'est guère probable. En tous cas, elle était infailliblement perdue.

II. Messieurs, nous avons dans ce moment dans le service un grand nombre de rétrécis.

Je vous en parlerai au fur et à mesure que l'occasion se présentera.

Aujourd'hui, j'ai à vous parler d'un de ces malades que je vais opérer d'un *abcès urineux*.

C'est un homme de 44 ans, qui a eu de nombreuses chaudepisses. Il signale trois blennorrhagies aiguës : la première à 20 ans, la seconde à 30, la troisième à 37. Mais, en réalité, il n'a jamais été guéri ; il n'a jamais cessé de couler, et ces trois époques sont seulement les périodes orageuses de l'affection.

Il y a deux ans, il éprouva de la gêne de la miction, puis des phénomènes de rétrécissement de plus en plus marqués. Mais il n'en prit aucun soin, lorsque, il y a six semaines, il vit survenir au périnée une petite tumeur qui grandit peu à peu, puis donna lieu à des élancements et devint enfin assez douloureuse pour nécessiter le repos. Il se décida à entrer à l'hôpital, où l'interne de service constata un

rétrécissement admettant une bougie n° 10 et siégeant à la région bulbaire.

Sur la ligne médiane, on constate l'existence d'une tumeur ovoïde, fluctuante, un peu douloureuse à la pression; pas de rougeur. La peau est mobile sur la tumeur; celle-ci ne peut être vidée par la pression; elle ne s'évacue pas par l'urèthre.

En somme, c'est un abcès urineux classique; complications d'un rétrécissement.

Les complications des rétrécissements sont de trois ordres :

1° Exagération des symptômes normaux (rétention, caractère infranchissable du rétrécissement);

2° Suites naturelles du rétrécissement (lésions de l'urèthre, de la vessie, de l'uretère, du rein);

3° Complications vraies, *périuréthrales*.

Elles reconnaissent pour cause l'effraction de l'urine hors de ses voies naturelles: tumeur urineuse, abcès urineux, infiltration d'urine.

Comment l'urine franchit-elle les limites de l'appareil urinaire? Hunter avait répondu: c'est parce qu'il se fait une ulcération de l'urèthre.

Cette réponse n'est pas suffisante, car on doit se demander pourquoi se produit cette ulcération?

Civiale d'abord, et surtout Woillemier en ont donné une explication plus satisfaisante :

Cette effraction de l'urine a trois facteurs : 1° le rétrécissement; 2° l'altération du canal; inflammation et ramollissement de la muqueuse sous l'influence de l'uréthrite; 3° la contraction vésicale.

Ce qui prouve bien la vérité de cette théorie, c'est que les lésions de l'uréthrite sont toujours à leur maximum de concentration au niveau du bulbe de l'urèthre; eh bien! dans le cas d'un rétrécissement de la fosse naviculaire, s'il se produit une ulcération de l'urèthre, ce n'est pas, comme on le dit par routine, en arrière de ce rétrécissement, c'est au niveau du bulbe.

Pourquoi donc, dans des cas de ce genre, se produit-il tantôt une tumeur urineuse, tantôt un abcès, tantôt une infiltration? Tout dépend de la *quantité* d'urine versée dans les tissus.

La qualité, au contraire, n'y fait rien. L'urine normale est aussi nuisible que l'urine alcaline. C'est en effet la force de pénétration de l'urine, ce n'est pas son contact qu'il faut craindre.

Le contact de l'urine n'a rien de redoutable pour les plaies, et M. Guyon a dit plaisamment que c'était un excellent topique. Cette remarque est extrêmement importante dans ses conséquences pratiques. C'est ainsi qu'après l'uréthrotomie interne il faudra bien se garder de placer une sonde énorme comme le font certains chirur-

gieus, car l'urine, arrivant par derrière, est obligée de pénétrer par force dans la plaie. Avec une petite sonde, l'urine coulera entre celle-ci et les parois de l'urèthre, et on n'aura aucun accident à redouter.

Cette pathogénie des abcès urineux n'est pas universellement admise. Quelques auteurs prétendent que, au moins dans certains cas, les choses ne se passent pas ainsi. D'après eux, il se fait autour du canal une inflammation qui suppure; d'où la production d'un abcès. Puis cet abcès s'ouvre dans l'urèthre, et la communication est rétablie. Gransard pensait que, par suite de l'induration des tissus à la suite de chaudepisses chroniques, il se produisait pendant le coït de petites déchirures; ces déchirures donnaient lieu à de petits hématomes; ceux-ci suppuraient et s'ouvraient dans l'urèthre. Évidemment, il n'est pas impossible qu'il en soit quelquefois ainsi, et l'on peut admettre tantôt l'effraction primitive de l'urine, tantôt la formation préalable d'un abcès péri-uréthral.

Arrivons à la question de l'*intervention*.

Elle est bien simple; il faut faire, le plus vite possible, une incision *médiane*, de manière à ce que cette incision soit toujours en regard de l'urèthre. Cette incision sera antéro-postérieure et ira en profondeur jusqu'à l'urèthre.

Mais comment traitera-t-on ensuite le rétrécissement causal? Ici, trois opinions sont en présence.

Première opinion: Il faut immédiatement couper le rétrécissement par l'uréthrotomie et mettre une sonde à demeure.

Deuxième opinion: Il faut attendre six à sept jours, puis opérer comme précédemment.

Troisième opinion: C'est celle de M. Guyon, à laquelle je me rallie entièrement.

Ne jamais toucher au canal avant quinze jours.

On peut toutefois faire une distinction, suivant qu'on a affaire à un abcès aigu ou à un abcès chronique.

L'abcès urineux, il est vrai, évolue sans grande réaction générale, mais la durée même de l'abcès tranchera la question. S'il date de six mois, il est chronique. S'il date de six semaines, il est aigu. Dans ce dernier cas, le tissu cellulaire n'a pas épuisé sa dose de réaction; le travail phlegmasique n'est pas éteint.

Dans les abcès aigus, M. Guyon explique ainsi sa conduite: il y a du pus, il y a un foyer septique. Eh bien, si vous recourez à l'uréthrotomie, vous allez ouvrir le tissu spongieux en plein dans un foyer septique. Attendez que votre foyer soit rendu aseptique, d'autant plus que cela n'a pas le moindre inconvénient, puisque votre malade urine par son périnée.



Dans les abcès chroniques, au contraire, on peut agir immédiatement. Ici, le pus est limité par des parois constituées, qui ne permettent plus l'absorption.

Cette règle de conduite doit être à plus forte raison suivie dans le cas d'infiltration urineuse.

Dans les tumeurs urineuses produites par une cause traumatique (chute à califourchon, coup), on agira tout différemment. Ici encore on opérera une incision médiane, large et profonde, mais immédiatement on introduira une sonde à demeure pour permettre au canal de se reconstituer autour d'elle.

L. Greffier.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Corps étranger du rectum sorti spontanément par la paroi abdominale. — M. *Vergely* rapporte, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, une observation curieuse à plus d'un titre. Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-deux ans, atteint d'un phlegmon occupant la moitié droite de l'hypogastre, la fosse illaque et le flanc droit. Au bout de quelques jours, le phlegmon s'ouvrit spontanément et l'on put en extraire un corps étranger constitué par un porte-plume de 19 centimètres de long et de 7 millimètres de diamètre. Ce malade guérit d'ailleurs complètement et avoua s'être introduit le porte-plume dans le rectum environ deux mois auparavant.

Pour s'expliquer la présence de ce corps étranger dans cette région, on peut se demander s'il n'a pas remonté le gros intestin du rectum au cœcum.

Cette marche des corps étrangers du rectum vers les autres portions du gros intestin ne fait pas de doute pour M. Poulet, qui, dans son remarquable *Traité des corps étrangers*, parle du « pouvoir absorbant du rectum comme dans les autres portions de l'intestin », Galien, Bartholin, Paré, de Graaf, Sennert, les anciens croyaient aux mouvements anti-péristalitiques du gros intestin. De Graaf, d'après Sennert, rapporte même, avec une naïve bonne foi, une observation de Mathæus de Gradibus, qui a vu une jeune fille rendre trois fois par la bouche non seulement des lavements, mais des suppositoires. Le dernier suppositoire fut arrêté grâce à la précaution qu'avait eue la mère de l'attacher avec un fil.

Une observation anatomo-pathologique de Closmadeuc, citée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, montre nettement la possibilité de l'ascension des corps étrangers. Il s'agit d'un galérien, âgé

de quarante-six ans, qui s'était introduit un nécessaire de galérien dans le rectum pour le soustraire à la surveillance des gardiens. L'intestin fut perforé, une péritonite et la mort s'ensuivirent. Pendant la vie, le médecin n'avait rien trouvé au toucher dans le rectum; il avait senti quelque chose dans le côlon descendant. A l'autopsie, on trouva dans le colon transverse ce nécessaire, dont le poids était de 650 grammes et qui avait 16 centimètres de long sur 14 centimètres de circonférence. Treize objets étaient contenus dans ce singulier étui. Ce qui est certain, c'est qu'en sept jours, le corps étranger a parcouru successivement le rectum, l'S iliaque, le côlon descendant, pour s'arrêter au côlon transverse.

M. Verneuil, en 1880, a publié un fait propre à montrer ce cheminement des corps étrangers du rectum. Un homme atteint d'incontinence des matières fécales s'introduisait un morceau de bois entouré de linge pour boucher le rectum. Un jour, n'ayant pas son obturateur accoutumé, il s'en taille un dans un morceau de bois vert; mais quelques heures après avoir été placé, celui-ci quitte la région anale pour monter dans l'ampoule rectale d'où ne peuvent le chasser les efforts de défécation. Le corps étranger fut gardé d'abord huit jours. A ce moment, on ne le trouvait pas dans le rectum par le toucher rectal, on le sentait à gauche du promontoire. M. Verneuil, pour l'extraire, dut avoir recours à l'ouverture de l'abdomen et trouva que ce corps étranger, qui avait 18 centimètres de long et 6 centimètres de diamètre, occupait la partie la plus élevée du rectum : il s'était mis en travers, la portion arrondie, pointue, tournée en avant, et l'extrémité coupée carrément reposait sur la symphyse sacro-iliaque gauche.

Velpeau a retiré de l'anus une fiole d'eau de Cologne de 23 centimètres, qui faisait saillie sous les fausses côtes gauches.

Laure a extrait du rectum d'un homme de soixante ans un bâton long de 32 centimètres ; l'extrémité supérieure venait faire saillie dans l'hypochondre droit, l'extrémité inférieure était logée dans la concavité du sacrum.

Il résulte de ces observations et de beaucoup d'autres que des corps étrangers introduits dans le rectum peuvent remonter à différentes hauteur dans l'intestin, atteindre le côlon traverse et de là, sans doute, passer dans le côlon ascendant.

Mais M. Vergely pense plutôt que chez son malade le corps étranger aura basculé, aura perforé l'intestin au milieu de l'S iliaque et aura pu gagner ainsi le flanc droit. Quoi qu'il en soit de ces explications, il n'en reste pas moins un fait intéressant et rare de l'expulsion d'un corps étranger mousse à travers la paroi abdominale et intestinale sans que la mort en soit la conséquence. Il est utile également

de relever dans ce fait la constipation opiniâtre du malade qui est un des symptômes les plus fréquents de la présence des corps étrangers, même les moins volumineux, d'où le précepte, dans les cas de constipation opiniâtre, de pratiquer le toucher rectal. Cet examen peut être fécond en surprises et éclairer le diagnostic égaré par le récit mensonger du malade. (*Journal de Méd. et de Chirurg. prat.*).

ÉTUDE SUR LES CONDITIONS ANATOMIQUES DE L'HÉRÉDITÉ DE LA TUBERCULOSE. — *Ch. Firket* (*Revue de méd.* 1887) a cherché à déterminer les conditions nécessaires à la transmission du germe tuberculeux au fœtus. Cette transmission peut se faire soit par l'intermédiaire du sperme ou de l'ovule, soit par la circulation placentaire. Le premier mode serait, d'après Firket, tout à fait invraisemblable car la présence du parasite empêcherait l'évolution de l'embyron. Le second paraît beaucoup plus vraisemblable, mais pour qu'il soit réel, il faut faire la preuve de l'existence des bacilles dans le sang de la mère et déterminer de quelle manière se produit l'infection générale, car il n'y a pas de parité à établir sous ce rapport entre la phthisie et la syphilis par exemple. L'examen microscopique et la tuberculose d'organes non en communication avec l'extérieur démontrent l'infection du sang par l'agent tuberculeux. Firket a choisi le rein comme organe témoin de l'infection. Sur 819 autopsies, il a trouvé 141 cas de tuberculose chronique et chez ces derniers les reins portaient 30 fois la trace de lésions tuberculeuses. L'infection sanguine n'existerait donc que dans le 5e des cas environ, aussi n'admet-il pas la transmission du germe par le placenta dans les vaisseaux du fœtus chez les malades qui ne sont pas atteints de tuberculose rénale. Même dans ce dernier cas, l'infection tuberculeuse du sang n'existe pas toujours. Koubarrof a fait des expériences qui sont restées à peu près négatives au point de vue de la démonstration de l'infection par la voie placentaire. Dans ces expériences c'est surtout le foie qui devient le siège de l'évolution tuberculeuse, alors que la tuberculose pulmonaire est toujours la plus fréquente. Comme l'expérience montre que la tuberculose miliaire aiguë suit rapidement la pénétration des bacilles dans le sang, l'apparition tardive de la tuberculose dans la seconde enfance ou à l'époque de la puberté ne s'explique que par la grande résistance des tissus de l'enfant contre les bacilles, peut-être encore par le développement des spores.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAITEMENT DE L'ANTHRAX PAR LES FLÈCHES CAUSTIQUES AU CHLORURE DE ZINC. — *Polaillon.* — Ma très courte communication a pour

âgé de quarante-quatre ans, qui portait un énorme anthrax du dos. Il était glycosurique à un très haut degré, et aurait été traité très irrégulièrement dans son domicile pendant plus d'un mois. Apporté à l'hôpital dans un état des plus graves, je me hâtai de pratiquer avec le thermo-cautère une incision cruciale et de larder l'anthrax avec des flèches caustiques. Malgré ce traitement énergique, malgré les lavages et les pansements phéniqués, l'inflammation diffuse suivit son cours et emporta le malade le 28 novembre 1882, une semaine après son entrée à l'hôpital.

Enfin, je terminerai en signalant que la durée moyenne de ce traitement a été de vingt et un jours, par conséquent une durée très abrégée.

NÉCROLOGIE

Giraud-Teulon. — Nous avons annoncé la mort de M. Giraud-Teulon en disant quelle estime nous avions pour son talent, mais nous n'avons pas assez parlé de son caractère et à ce sujet nous sommes heureux de reproduire les lignes suivantes de notre confrère le Dr A. Bordier.

« Le lecteur indifférent, qui, au milieu des occupations nombreuses d'une villégiature, a parcouru les journaux de la semaine dernière, ne s'est pas douté que la France venait de perdre un savant de premier ordre. La presse médicale s'est à peu près bornée, sauf quelques exceptions, à enregistrer le décès du Dr Giraud-Teulon. Quelques-uns de nos confrères politiques ont fait une réduction de cet acte d'enregistrement, et tout a été dit.

Que de médiocrités, au contraire, continuent après leur mort le bruit qu'elles avaient tant aimé ! Combien, du reste, n'arrive-t-il pas souvent, par une complicité involontaire avec le charlatanisme, de célébrer les vertus et le talent d'inutiles inconnus : c'est que tout le monde est sans pitié pour les modestes, il ne marchande l'éloge qu'à ceux qui ne savent pas le réclamer.

Et puis, Giraud-Teulon n'était pas un savant étranger, sans quoi tous les journaux eussent retenti de son nom; il n'était que Français, ardent patriote, vieux républicain de 1848, philosophe, libre-penseur, érudit, savant de premier ordre, et il fuyait le bruit ; or, c'est là un défaut qui cache toutes les qualités à certains yeux.

Il importe cependant, non pour l'homme qui est mort simplement, comme il avait vécu, qui a voulu des funérailles sans pompes religieuses, ou laïques, mais pour les siens, pour ses amis, pour son pays, qu'il aimait profondément, il importe de dire quel fut le rôle de Giraud-Teulon.

Sa vie n'a pas été calquée sur le modèle classique : il ne fut pas, comme tant d'autres, spécialisé de bonne heure pour une branche de la science, discipliné et dressé par un entraînement approprié, pour un

métier, ni pour une division ou une subdivision de métier. Ce spécialiste était, avant tout, un encyclopédiste, à l'inverse de tant d'autres, qui prétendent tout embrasser sans avoir même étreint une spécialité. Il a toujours été idéaliste, dans le bon sens du mot, c'est-à-dire qu'il a vécu toujours et marché sous l'empire d'un idéal, qui n'avait rien de commun avec l'art de parvenir.

Sorti de l'Ecole polytechnique, il était passionné pour les sciences mathématiques, mais il avait l'esprit trop élevé pour comprendre qu'elles pussent être séparées du reste des connaissances humaines; elles devaient servir, à ses yeux, bien moins à construire des ponts et des chaussées, à diriger le tir d'un canon, à attaquer ou à défendre une place de guerre, qu'à blinder l'esprit et à le discipliner pour l'étude des connaissances humaines dans leur ensemble.

La science sociale lui semblait d'ailleurs être l'aboutissant pratique de toutes les autres : de bonne heure, la politique le tenta, mais la politique n'était pas pour lui l'art d'émarger au budget ou de devenir fonctionnaire. Prudent et habile à manœuvrer entre les partis, après avoir occupé divers postes importants sous la seconde République, il sentit que son idéal ne pouvait être encore réalisé. L'économie politique et les hautes études sociales l'occupèrent tout entier, jusqu'au moment où, par une pente naturelle, qui entraîne les esprits complets et bien équilibrés, comme le sien, il comprit que les mathématiques et la science sociale étaient impuissantes à satisfaire son idéal de science, totale et aristotélienne; et le voilà plongé dans les sciences naturelles et dans la médecine.

Après avoir ainsi parcouru le cercle complet des connaissances humaines, il était tout préparé pour saisir et diriger le courant, qui allait entraîner les sciences naturelles, et la médecine en particulier, loin des sentiers de la métaphysique, dans la voie précise et positive des sciences exactes. Sa fermeté de conviction, ses qualités littéraires, tout le désignait pour la place qu'il occupa alors dans le journalisme médical.

C'était le moment où Helmoltz ouvrait une ère nouvelle dans l'étude de la vision et dans celle de l'œil, deux sciences séparées jusqu'alors, et que Giraud-Teulon eut le mérite de réunir le premier chez nous, en prenant, à côté d'Helmoltz, une place originale et indépendante.

C'est à partir de cette époque que, dans la mécanique animale et dans la mécanique optique en particulier, il prend cette place que marqueront éternellement les *principes de mécanique animale*, — la *physiologie* et *pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*, — les *leçons sur le strabisme et la diplopie*, — le *précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil*, — l'*œil*, — la *vision et ses anomalies*, l'*étude du mécanisme du saut*, etc.

Dans tous ces ouvrages, on sent que le mathématicien et le naturaliste sont doublés d'un philosophe, et plus l'esprit de Giraud-Teulon se spécialise, plus il généralise.

Lettré, érudit, fin et coloré, passionné pour ses idées, sans entêtement, comme il avait beaucoup vu, beaucoup lu, beaucoup comparé et beau-

coup vécu, tout en étant encore plein de vigueur et de virilité, c'était un causeur charmant.

Pourquoi faut-il que toute ces qualités aient été brisées, alors que son amour du travail et sa puissante vitalité promettaient encore tant à la science !

Giraud-Teulon restera une gloire de la science française. — Sa perte est d'autant plus irréparable, qu'il était de ces hommes, aujourd'hui de plus en plus rares, qui sacrifient, sans hésiter, toutes les situations sociales à une idée. »

NOUVELLES

Ecole de médecine de Toulouse. — L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est supprimée et remplacée par une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie. L'inauguration aura lieu le 1er novembre 1887.

Laicisation de l'hopital Lariboisière. — En vertu de la décision prise par le conseil de surveillance de l'Assistance publique dans sa séance du 7 juillet 1887, l'hôpital Lariboisière a été laïcisé le 15 septembre. Le personnel laïque composé de 8 surveillantes, 20 sous-surveillantes et 2 suppléantes, a pris possession des services à 6 heures du matin. Les religieuses Augustines avaient quitté l'hôpital à 5 heures 1/2.

Nous croyons savoir que l'hôpital Beaujon sera laïcisé avant le 1er octobre.

Laicisation de l'hospice Stapaert a Lille. — Le *Figaro* du 13 septembre nous annonce avec douleur la laïcisation de cet hospice consacré aux vieilles femmes sans ressources et aux orphelines de la classe bourgeoise. Il était desservi par les sœurs de St-Vincent-de-Paul. (*Pr. méd.*)

Statistique universitaire. — Le nombre des étudiants ayant fréquenté les Universités italiennes pendant l'année 1887 s'est élevé à 15,161. Il faut ajouter 193 auditeurs. C'est une augmentation de 722 étudiants sur l'année dernière. C'est l'Université de Naples qui est la plus fréquentée. Elle compte 4,083 étudiants ; puis viennent Turin avec 212 étudiants, Rome 1,254, Bologne 1,207, Palerme 1,080, Padoue 1,065, Pavie 1,010, etc., et enfin Pérouse 108, Urbino 89, Ferrare 42.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 111 Jeudi 22 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris**, le* **21** ***septembre **1887.**

Deux médecins de la ville ont fait hier des lectures à l'Académie : le premier, le Dr Danion, a relaté une série d'expériences qui lui permettent de nier l'accumulation de l'électricité dans les tissus animaux et la polarisation de ces tissus ; le second, le Dr Garcin, a exposé un mode de traitement de la phthisie pulmonaire par la respiration d'une solution titrée d'acide fluorhydrique.

M. Hervieux a rempli la fin de cette séance en répondant à une communication faite à l'Académie par M. Alphonse Guérin il y a environ deux mois, M. Alphonse Guérin niait l'existence du phlegmon du ligament large et rattachait les phénomènes décrits sous ce titre à un phlegmon partant du ganglion sous-pubien. M. Hervieux apporte un grand nombre de faits dus à des observateurs sérieux qui, tous, ont nettement vu, anatomiquement, des phlegmons du ligament large à l'autopsie de femmes mortes d'accidents puerpéraux. L'orateur décrit l'anatomie pathologique et les symptômes de cette affection dont l'existence ne paraît pas pouvoir être niée.

A. Ch.

De la taille hypogastrique au point de vue thérapeutique,

par G. Cavazzani (1).

Après avoir rapporté deux observations, l'auteur se livre à des réflexions assez intéressantes et que nous devrons analyser succinctement, vu le développement un peu long qu'il leur a donné.

Il s'étend d'abord sur la difficulté du diagnostic dans les affections de la vessie, et passe en revue les divers modes d'exploration à la portée du chirurgien : exploration avec le cathéter, exploration di-

(1) Traduit et analysé de *Lo Sperimentale*, mai 1887.

gitale de l'anus, examen combiné avec le doigt dans le rectum et la sonde dans la vessie, examen par le rectum, après dilatation forcée du sphincter, avec introduction de toute la main ou au moins de plusieurs doigts.

Mais le meilleur de tous les moyens d'exploration, dit-il, le plus sûr et le plus indiscutable, c'est celui qui consiste dans une petite ouverture de la vessie, comme il a été proposé et pratiqué méthodiquement par Thompson et Guyon.

Le premier explore la vessie au moyen de la taille périnéale, faite de la manière habituelle et seulement assez limitée pour ne permettre que l'introduction d'un doigt.

Guyon aime mieux faire l'exploration par l'hypogastre, comme étant la voie par laquelle il convient de passer si l'on veut procéder à l'extraction de corps étrangers ou de tumeurs qui peuvent se rencontrer. Qu'on parvienne dans la vessie par le périnée ou l'hypogastre, le doigt peut explorer toute la cavité, et arriver au contact de toute la périphérie en faisant exercer des pressions sur l'hypogastre ou le périnée.

Le pronostic des tumeurs de la vessie est très grave : l'opération est la seule chance de salut. En somme, la vessie peut être ouverte dans deux buts : l'un, de donner accès à une exploration digitale exacte; l'autre, de provoquer dans l'état morbide une modification qui pourra apporter des avantages ultérieurs dans la marche du mal. Ces avantages sont de deux sortes : le premier est de procurer une élimination facile des produits morbides de la vessie et de l'urèthre, lorsque la sonde à demeure ne fournit pas une issue suffisante : car, comme dit Horovitz, l'urèthre constitue un drainage insuffisant dans les cas de cystite. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs de démontrer que la sonde, utile comme drain, peut d'autre part être nuisible, en irritant une muqueuse rendue plus irritable et disposée aux processus septiques par la nature de son contenu que l'on sait être un excellent milieu de culture pour les microbes. Le second avantage est de permettre l'extraction d'un corps étranger ou d'une néoplasie qui s'y serait développée.

Quelle incision doit-on préférer pour pénétrer dans la vessie? On sait que toutes ont été pratiquées.

Thompson préfère l'ouverture périnéale, et il la pratique sur la ligne médiane, parce que lorsqu'elle doit seulement servir à l'exploration, il n'est pas nécessaire de chercher à gagner quelques millimètres d'ouverture.

Depuis les travaux de Thompson et Murray, il semble hors de doute que l'on doit préférer, quand il ne s'agit que d'une exploration, la simple dilatation de l'urèthre prostatique et du col vésical. La

plaie inférieure, employée comme drainage, permet d'occlure l'ouverture supérieure qui est plus incommode et moins disposée à la cicatrisation.

L'ouverture hypogastrique a l'avantage de donner une large ouverture et beaucoup de lumière pour suivre avec les yeux les manœuvres employées pour l'ablation de la tumeur. Il faut remarquer qu'il y a une notable différence à pratiquer l'opération sur le cadavre ou sur le vivant : car chez ce dernier, une fois l'ouverture faite, la vessie se contracte fortement et oblitère pour ainsi dire la lumière : d'où la nécessité de pratiquer la dilatation, encore la lumière ne pénètre-t-elle dans le fond de la vessie si elle n'arrive pas verticalement, ou si on ne la dirige pas par une combinaison de miroirs.

Un troisième avantage est la grandeur notable que l'on peut donner à l'incision hypogastrique. Selon Podrazky, six à neuf cent. d'incision abdominale sont suffisants pour permettre toutes les manœuvres opératoires. Si malgré cette ouverture, on se sentait un peu gêné, il serait facile d'y adjoindre un débridement unilatéral ou double dans le sens transversal, parallèlement au pubis. D'après ce que j'ai vu, il me semble qu'il n'y a pas grand danger à prolonger de trois ou quatre cent. l'incision verticale surtout chez les personnes grasses, en descendant en arrière au-dessous du rebord du pubis pour obtenir un plus vaste champ opératoire. Il me semble qu'il faut éviter avec soin les incisions transversales qui, par suite de la rétraction des muscles de l'abdomen, ont une tendance à s'écarter notablement et pourraient apporter obstacle à la cicatrisation et prédisposer à l'établissement d'une fistule ou d'une hernie consécutive.

Je ne crois pas qu'on puisse approuver d'une façon absolue le procédé de Bruns qui opère la taille tout à fait transversalement au niveau du pubis, en se promettant l'avantage d'éviter la lésion du péritoine qui en ce point est séparé de la paroi abdominale et du pubis par un espace rempli de tissu connectif lâche.

La taille hypogastrique présente cependant certains inconvénients qu'il est impossible de se dissimuler. König par exemple nie qu'elle mette à l'abri de l'hémorrhagie et Sonnenburg, partisan déclaré de cette opération, est obligé d'avouer qu'elle donne quelquefois lieu à une fistule urinaire consécutive.

Le drainage abdominal ne se trouve pas dans des conditions plus favorables, puisque les liquides sont obligés de parcourir une voie ascendante pour sortir de la vessie, aussi bien dans la position droite que dans la position couchée, ce qui facilite la stagnation des produits plus denses. La position couchée sur le ventre avec le bassin élevé conseillée par Trendelemburg ne paraît pas adoptable, parce qu'elle est trop incommode pour le malade. Il y a une grande diffi-

culté à conserver la propreté, et, dans les cas les plus favorables, il y a une grande propension aux hernies.

Le plus grand avantage de l'opération par l'hypogastre est le suivant : c'est qu'elle présente une grande innocuité, en comparaison de la boutonnière périnéale de Thompson, dans les cas de simple exploration. Cette dernière est aussi grave lorsqu'elle est faite comme opération exploratrice que lorsqu'elle devient une opération définitive.

La cystotomie périnéale a encore un inconvénient très grave : celui d'exposer au péril de tomber avec le couteau sur la base de la tumeur, lorsque cette tumeur se trouve localisée dans le trigone et à la périphérie de l'orifice de l'urèthre. Elle condamne, en outre, à une plus grande limitation des manœuvres destinées à l'extirpation de la tumeur, extirpation à laquelle on ne réussit pas toujours.

Pour conclure, dit Cavazzani, nous devrons dire : que, dans l'état actuel de la question, il est impossible de se prononcer exclusivement pour l'une ou l'autre des deux méthodes, mais que chacune a ses indications propres et spéciales. Dans les cas douteux où l'on est incertain sur le siège, le volume et la configuration du néoplasme, il ne sera pas inopportun de suivre l'exemple de Thompson, de Volkmann et de König, et d'explorer la vessie avec la simple incision périnéale, pour passer ensuite, comme Billroth et Volkmann, à l'incision hypogastrique si la boutonnière faite ne s'est pas montrée suffisante à compléter l'opération.

L. Gauffier.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

Le bichlorure de méthylène comme anesthésique, par le Dr *Eichholz* et le professeur *Geuther* (*Deutsche med. Zeitung*, n° 67, 87). En raison des accidents auxquels donne lieu le chloroforme, on cherche, sans cependant y parvenir complètement, à lui substituer un anesthésique meilleur. On a supposé que la forte proportion de chlore qu'il contient est directement en cause dans les dangers de son emploi. C'est cependant la présence du chlore qui prête à la combinaison sa propriété anesthésique. Dans une communication faite en août 1885, MM. Regnauld et Villejean ont donné les conclusions suivantes des expériences sur les combinaisons chlorées du formène ou méthane (CH^4) : Le formène ou hydrogène protocarboné, mélangé à l'air ou à l'oxygène, est dépourvu de toute propriété anesthésique ; la substitution de 1. 2. 3. 4. équivalents de chlore à l'hydrogène dans le groupe CH^4 fait naître le pouvoir analgésique dans

les quatre dérivés chlorés. Suivant ces auteurs, les dérivés chlorés appartiendraient à deux types physiologiques distincts : le type chloroforme qui comprend le formène monochloré et le formène trichloré, et le perchlorure de carbone qui comprend le formène bichloré et le formène tétrachloré; le formène monochloré agit sur le système nerveux comme une sorte de chloroforme atténué. Le formène bichloré exerce sur le cœur une influence analogue à celle du tétrachlorure de carbone, mais moins intense. Le premier type correspondant aux substitutions de 1 et de 3 équivalents de chlore est relativement inoffensif; le second type, qui correspond aux substitutions de 2 et 4 équivalents le chlore, comprend deux agents extrêmement dangereux.

Il nous a paru intéressant de rappeler ces conclusions avant de parler du travail du Dr Eichholz et du professeur Geuther, d'Iéna, sur le bichlorure de méthylène (CH^2Cl^2).

On sait qu'un corps de ce nom était employé surtout en Angleterre à la place du chloroforme : M. Lefort l'a préconisé chez nous, surtout parce que son emploi ne détermine pas de vomissements. Or, MM. Regnauld et Wurtz ont montré que ce corps n'est pas du bichlorure de méthylène mais un mélange d'alcool méthylique et de chloroforme. C'est également une conclusion consignée dans le travail des médecins d'Iéna. D'après eux le bichlorure de méthylène véritable, qu'ils prétendent avoir été les premiers à employer chez l'homme, produit l'anesthésie aussi rapidement que le chloroforme. La période d'excitation est la même, mais le pouls est moins fréquent dans cette phase.

Une grande différence que ces auteurs ont constatée à l'avantage de bichlorure de méthylène est que ce dernier exerce sur le cœur et la respiration une action beaucoup moins dangereuse que le chloroforme et même que le mélange de chloroforme et d'alcool méthylique. En poussant l'anesthésie jusqu'à suspendre l'activité cardiaque, il serait beaucoup plus facile de réveiller celle-ci par la respiration artificielle. Enfin l'irritabilité réflexe qui constitue un des dangers de la chloroformisation serait beaucoup moins prononcée avec le bichlorure de méthylène. L'anesthésie qui est aussi profonde avec les deux agents se dissipe plus facilement avec le bichlorure, ce qui peut s'expliquer par sa plus grande volatilité.

On voit ainsi que les conclusions de Eichholz et Geuther sont opposées à celles de Regnauld et Villejean, au moins en ce qui concerne l'action sur le cœur.

Ces divergences nous paraissent provenir de la non-identité des produits employés. On a, en effet, donné le nom de bichlorure de méthylène à plusieurs corps liquides différents. Celui qui a été em-

ployé par les chirurgiens anglais et par Spencer Wells en particulier a été démontré n'être qu'un mélange d'une partie d'alcool méthylique et de 3 à 4 parties de chloroforme. Il distille entre 57,5 et 62° c. et possède une densité de 1, 333 à 15°. Ce n'est pas une combinaison définie et on ne peut lui donner le nom sous lequel il a été vendu dans le commerce. Le véritable bichlorure de méthylène bout à 40 ou 41° c. sa densité, d'après Wurtz, est 1,3604 à 0. Il existe encore un liquide isomère ($CH^2 Cl^2$), le chlorure de méthyle chloré obtenu par V. Regnault en faisant agir le chlore au soleil sur l'éther méthylchlorhydrique, mais ce liquide, de la densité 1, 344 à 18°, bout à 30°,5. Perkin a obtenu un chlorure de méthyle chloré bouillant à 40 ou 41° et l'a trouvé identique avec le chlorure de méthylène. Il est donc possible que les corps expérimentés ne soient pas les mêmes, bien qu'ils aient la même formule chimique, et ce fait suffit pour expliquer la divergence des résultats obtenus par les expérimentateurs.

L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. Francesco Sporza, de Torrito di Bari (Italie), relative à un mode de traitement du choléra ; 2° une lettre de M. le Dr Maze (du Havre), priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté ayant trait à l'habitat du malade au point de vue antiseptique ; 3° une lettre de M. le Dr Alison, de Baccarat, relatant un nouveau cas de rage après vaccination antirabique.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR LA POLARISATION DES TISSUS ANIMAUX. — M. le *Dr Danion* lit une note qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Les tissus animaux sont absolument impolarisables, en d'autres termes ces tissus sont réfractaires, de la manière la plus absolue, aux phénomènes d'accumulation de l'électricité, et incapables d'engendrer un électro-moteur secondaire.

2° Toutes les expériences physiologiques dans lesquelles la polarisation des tissus entre comme facteur, à un degré quelconque, doivent être considérées comme nulles et non avenues.

3° Tout ce qui a été écrit sur les courants secondaires doit être rayé de l'électrothérapie.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LA VAPORISATION D'UNE SOLUTION TITRÉE D'ACIDE FLUORHYDRIQUE. — M. le *Dr Garcin*

lit sur ce sujet un travail renvoyé à une Commission composée de MM. Proust et Hérard.

Du phlegmon du ligament large. — M. *Hervieux* répond à la communication dans laquelle M. Alphonse Guérin niait l'existence du phlegmon du ligament large pour n'admettre que le phlegmon adénopubien. Ces deux lésions existent très nettement distinctes, et si elles ont des symptômes communs, elles diffèrent complètement à l'autopsie. Le phlegmon du ligament large a été vu d'ailleurs et décrit par M. Bourdon, par Parise (de Lille), par Béhier, par Ch. West, par Marchal (de Calvi), par M. Émile Thierry, par M. Siredey, par Noël Guéneau de Mussy, qui, tous, ont fait des autopsies de femmes en couches mortes de phlegmons du ligament large.

La forme purulente du phlegmon du ligament large comprend deux variétés : dans l'une le pus est collecté, dans l'autre il est à l'état d'infiltration ; rarement l'infiltration se fait en nappe uniforme et continue ; généralement elle suit les vaisseaux. Elle coïncide dans quelques cas avec de petits abcès formés dans l'épaisseur du ligament large. Elle peut coexister avec une infiltration analogue du ligament large.

M. Alph. Guérin conteste le phlegmon du ligament large, parce qu'il a fait deux autopsies dans lesquelles il n'y avait pas de collection dans le ligament large. M. Hervieux regrette ce mode de raisonnement. Pour se convertir au phlegmon du ligament large, M. Guéneau voudrait qu'on lui montrât une collection purulente exclusivement cantonnée dans le ligament large, mais la coexistence de plusieurs affections n'empêche pas l'existence de l'une d'entre elles.

M. Guérin dit : les médecins qui ont décrit le phlegmon du ligament large ont donné comme signe pathognomonique ce qu'on a appelé le plastron, mais il se borne, pour dire cela, à des thèses tout à fait incomplètes et dont les auteurs n'avaient à leur actif aucune autopsie de phlegmon, par exemple celle de M. Farnier. Au contraire, l'induration de la peau de la partie inférieure de l'abdomen, appelée plastron, a manqué dans un certain nombre des observations de M. Hervieux. M. Alph. Guérin, dans son travail, a donné lui-même les raisons pour lesquelles le plastron ne peut être considéré comme pathognomonique du phlegmon du ligament large.

Comme étiologie, M. Hervieux pense que l'inflammation des veines est généralement la cause de la production et de la propagation du phlegmon du ligament large.

La séance est levée à 4 heures.

BIBLIOGRAPHIE

—

LA MIGRAINE, par le Dr *L. Thomas*, in-18, 140 p., Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Le Dr L. Thomas, l'aimable et très érudit sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine, a écrit ce travail pour le concours du prix de Civrieux, à l'Académie de médecine, en 1886. Ce travail a été couronné à bon droit, et quoique l'auteur plaisante très agréablement, dans une courte et spirituelle introduction, au sujet du discrédit que beaucoup de praticiens sont disposés à jeter sur un « travail de bibliothécaire », le public médical ratifiera très certainement la récompense justement décernée par l'Académie.

L. Thomas divise son travail en deux parties : il consacre la première à la migraine vulgaire, la seconde à une forme qui, depuis une dizaine d'années, a pris de plus en plus d'importance, la migraine ophthalmique.

Des auteurs modernes ont fait commencer à Tissot l'étude scientifique de la migraine. M. Thomas a trouvé dans Arétée de Cappadoce une description montrant que cet auteur connaissait nettement cette affection à laquelle il donnait le nom d'hétérocrânie. La description d'Arétée a été complétée par Cœlius, puis Galien a donné une explication pathogénique de la migraine ; voilà pour l'antiquité.

De la renaissance, représentée ici par Fernel, jusqu'à Tissot, la question reste à peu près stationnaire, on n'isole pas mieux la migraine qu'on ne le faisait auparavant; les théories relatives à sa genèse sont modelées sur celles de Galien. Au contraire, le médecin de Lausanne donna le premier une description spéciale de la migraine, description basée davantage, il est vrai, sur les travaux de ses prédécesseurs que sur ses observations propres, mais au moins il a précisé le sens du mot migraine, et, sans isoler peut-être cette affection de la névralgie typique du trijumeau, il l'a bien distinguée du clou hystérique et des douleurs unilatérales symptomatiques des lésions de voisinage ou d'intoxications miasmatiques.

M. Thomas décrit la migraine en homme qui en a vivement ressenti les effets; c'est d'ailleurs le cas de la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et c'est pourquoi nous avons tant de descriptions variées de cette curieuse affection. Il expose avec soin le mode de début et chacun des symptômes qui peuvent constituer un accès de migraine : la douleur, les troubles gastro-intestinaux, les troubles visuels, les vertiges, les troubles de l'idéation, l'aphasie, les troubles vaso-moteurs, les accidents observés du côté de la respiration et de

la circulation, les troubles menstruels et quelques accidents observés du côté des voies urinaires, les douleurs locales et les troubles locaux de la nutrition, enfin la marche, la durée et la terminaison.

On a beaucoup discuté, à propos de l'étiologie de la migraine; la tendance la plus générale aujourd'hui consiste à rattacher la migraine à la diathèse rhumatismale et goutteuse. M. Thomas n'accepte point cette idée à priori et même il la discute longuement, en recherchant les causes de la maladie et celles des accès. Le seul point qu'il considère comme définitivement acquis, c'est que les céphalalgies goutteuses ne sont pas rares et qu'elles affectent dans bon nombre de cas la forme de l'hémicrânie. Il reconnaît cependant que ces deux états généraux, arthritisme et goutte, constituent les causes les plus ordinaires et les plus efficaces de la maladie. Dans la succession morbide, la migraine occupe non la ligne directe, mais la ligne collatérale, parce qu'elle ne répond point à une affection précise et localisée comme elle, mais à des diathèses capables de manifestations disparates.

La migraine est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais surtout, dans les deux sexes, elle est beaucoup plus fréquente pendant la vie scolaire que plus tôt ou plus tard; M. Thomas fait d'ailleurs remarquer que la migraine offre une certaine prédilection pour les personnes à occupations sédentaires, à travail cérébral précoce et continu, ce qui lui montre l'influence prépondérante des conditions hygiéniques individuelles.

Relativement à la nature et à la pathogénie de la migraine, l'obscurité est grande. Les probabilités cependant sont en faveur d'une névralgie siégeant primitivement sur un rameau déterminé du trijumeau. L'irritation se propage ultérieurement aux fibres du sympathique et peut-être à la substance cérébrale. Des causes multiples peuvent amener l'accès; des causes constitutionnelles, le rhumatisme et la goutte en particulier, préparent le terrain, mais sans que l'on puisse déterminer les modifications imprimées aux éléments nerveux.

Le diagnostic de la migraine paraît bien simple et cependant il est souvent difficile. On peut confondre avec elle quelques affections locales comme la prosopalgie irradiée au crâne, le rhumatisme du cuir chevelu, puis des céphalées et des céphalalgies secondaires, la céphalée syphilitique, la céphalée urémique, les céphalalgies unilatérales et paroxystiques des tumeurs cérébrales, les douleurs fulgurantes de la tête et de la face signalées par Pierret au début de l'ataxie locomotrice.

Nous passons sur le chapitre de traitement, dans lequel l'auteur examine la longue série des médicaments employés dans ce cas.

Rappelons seulement que depuis la publication de cet ouvrage on a signalé les excellents effets de l'antipyrine.

M. Thomas consacre la deuxième partie de son livre à la migraine ophtalmique et, après un assez long historique du sujet, il discute cette question, à savoir, s'il n'existe qu'une migraine dont la physionomie peut varier suivant que telle ou telle manifestation l'emporte, ou bien s'il existe deux migraines, la migraine ophtalmique constituant une espèce distincte. Contre la première opinion M. Thomas formule cette objection que les symptômes oculaires sont trop communs dans toutes les migraines, qu'ils sont trop variables, pour qu'on puisse avec eux seuls créer une espèce autonome dont la migraine ophtalmique affecte le mode de début, la périodicité, la marche de la migraine vulgaire ; on ne trouve aucune des conditions qui seraient nécessaire pour constituer l'autonomie de la migraine ophtalmique, pour en faire non plus une variété, mais une espèce. La conclusion de l'auteur est donc qu'il n'existe qu'une migraine, s'offrant à l'observation sous plusieurs aspects symptomatiqnes.

Ce qui caractérise ce petit livre, ce n'est pas seulement une érudition parfaite, c'est surtout un grand bon sens et un esprit critique des mieux résumés. Personne ne regrettera de passer une bonne heure dans la lecture de ce remarquable « travail de bibliothécaire ».

A. Chevallereau.

VARIÉTÉS

Le galacti-densimètre.

Parmi les instruments récompensés à la récente exposition d'hygiène de l'enfance, nous tenons à signaler le galacti-densimètre dont nous avons déjà parlé lorsqu'il a été présenté à l'Académie de médecine, mais sur lequel nous donnerons aujourd'hui un peu plus de détails.

Le Dr Rousse, de Fontenay-Vendée, déjà lauréat de la Faculté et de l'Académie, a construit un instrument destiné à reconnaître le poids du lait de la femme et ses variations pendant la nourriture. Il offre ce grand avantage de ne nécessiter que cinq centimètres cubes de lait pour en déterminer la densité. Il suffit donc, pour faire manœuvrer cet instrument, de peu de choses : une éprouvette assez grande pour loger l'instrument, un thermomètre pour donner la température de l'eau contenue dans l'éprouvette, et cinq centimètres cubes de lait, ce que la plus mauvaise nourrice n'aura aucune peine à fournir. Toute l'opération, d'ailleurs, consiste à noter sur l'instru-

ment le poids d'une capsule contenant les cinq centimètres cubes de lait.

Le galacti-densimètre est donc de première utilité dans le choix d'une nourrice puisqu'il permet de reconnaître en quelques minutes la qualité du lait et de la suivre, en quelque sorte, pas à pas pendant une nourriture; et même M. Rousse trouve là un moyen de diagnostiquer une période cataméniale et une grossesse commençante. Le galacti-densimètre montre, en même temps, si l'état pathologique observé chez un enfant est le fait de sa nourrice, ou s'il tient à tout autre cause.

On voit que l'instrument de mon habile et très ingénieux compatriote est susceptible d'applications nombreuses; d'autre part, son maniement est si simple et si commode que bientôt, sans doute, il figurera dans l'arsenal de la plupart des praticiens.

A. Chevallereau.

NOUVELLES

Association française pour l'avancement des sciences. — *Informations et documents divers concernant le seizième congrès qui se réunira à Toulouse du 22 au 29 septembre* 1887. *Programme de la seizième session.* — Elle se composera : 1° d'une séance d'ouverture; 2° de séances de sections et de groupes; 3° de conférences publiques; 4° de séances générales; 5° de visites scientifiques et industrielles; 6° d'excursions. Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme général suivant : jeudi 22 septembre, à 2 h. 1/2, séance d'ouverture; le soir, réception à l'Hôtel-de-Ville. — Vendredi 23 septembre, le matin, séances de sections; après-midi, visites scientifiques et industrielles; le soir, conférence. — Samedi 24 septembre, le matin, séances de sections; après-midi, séance générale. — Dimanche 25 septembre, excursion générale (voir plus loin le détail des programmes). Lundi 26 septembre, le matin, séances de sections; après-midi, visites scientifiques et industrielles. — Mardi 27 septembre, excursion générale. — Mercredi 28 septembre, le matin, séances de sections; le soir, conférence. — Jeudi 29 septembre, le matin, séances de sections; après-midi, séance de clôture. — Vendredi 30 septembre et jours suivants, excursions finales.

Chemins de fer. — Sur la demande qui en a été faite par le Bureau, la plupart des Compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder aux membres de l'*Association française*, se rendant au Congrès de Toulouse, une réduction de moitié sur le prix des places, sous la réserve que les membres qui profiteront de cette faveur *ne pourront s'arrêter en route et suivront le même itinéraire à l'aller et au retour.* La plupart des Compagnies ont décidé que les voyageurs se rendant au Congrès paieront place entière à l'aller, mais qu'un billet gratuit leur sera donné pour le retour à la station de départ. Les billets à prix réduits délivrés par les Compa-

gnies de chemins de fer sont valables dans les limites et avec les restrictions suivantes : les dates entre lesquelles des billets à prix réduits pourront être délivrés sont : pour l'aller : Est, du 20 au 28 septembre ; État, du 19 au 28 septembre ; Midi, du 20 au 28 septembre ; Nord, du 18 au 28 septembre ; Orléans, du 16 au 30 septembre ; Ouest, du 16 au 28 septembre ; P.-L.-M., du 19 au 29 septembre. — Pour le retour ; Est, du 23 septembre au 5 octobre ; État, du 28 septembre au 9 octobre ; Midi, du 23 septembre au 5 octobre ; Nord, du 23 septembre au 8 octobre ; Orléans, du 22 septembre au 10 octobre ; Ouest, du 23 septembre au 10 octobre ; P.-L.-M., du 23 septembre au 5 octobre. La Compagnie P.-L.-M. exclut les voyageurs à prix réduit de tous les trains rapides. — NOTA. Les membres de l'Association qui auront, pour venir au Congrès de Toulouse, à emprunter des lignes d'intérêt local, sont priés instamment de faire leur demande sans retard, l'obtention des billets de ces lignes exigeant des formalités spéciales et longues.

Excursions générales. — Les deux excursions générales suivantes auront lieu, pendant la durée du Congrès, les 25 et 27 septembre : prise d'eau du canal du Midi, Saint-Féréol, Dampy, Carcassonne, Carmaux (mines, verrerie), Albi, Saut du Tarn et Saint-Juery. De plus, une excursion finale est organisée dans les Pyrénées. Elle aura une durée de trois jours et comprendra : Saint-Bertrand de Comminges, Valcabrère, Mauléon-Barousse, Siradan-Sainte-Marie, Saléchan, Luchon, la Vallée du Lys, le Portillon, Lez, Bezost, Saint-Béat. Une excursion complémentaire de trois jours est également préparée, faisant suite à la précédente. Elle comprendra : Arreau, Bagnères-de-Bigorre, le Pic du Midi, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Pierrefitte-Nestalas. Ces programmes sommaires pourront être modifiés avant l'ouverture de la session, s'il est jugé nécessaire. Le prix de chaque excursion sera fixé sur les programmes délivrés pendant la session : il ne pourra être fait de réduction pour quelque cause que ce soit.

MUSÉES ANATOMIQUES FORAINS. — Le gouvernement prussien vient de décider qu'à partir de l'année 1888 il refuserait de délivrer la patente des professions ambulantes aux entrepreneurs de soi-disant musées anatomo-pathologiques, cabinets de figures de cire et autres établissements semblables. Sera interdite toute exhibition de reproductions de l'appareil de la génération chez l'homme, du travail de l'accouchement, de représentation de maladies sexuelles, de « nudités excitantes » et, plus généralement, de tous spectacles blessant le sentiment de la pudeur. Jusqu'au jour où ces dispositions deviendront obligatoires, c'est-à-dire jusqu'à la fin de cette année, les autorités locales de police devront veiller à ce que ces exhibitions n'aient lieu que dans des locaux exclusivement réservés aux hommes adultes. (*Gaz. hebd.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 112 Samedi 24 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

De l'angine de poitrine en 1821,

Par P. Duroziez.

H. Reeder, dans son traité pratique des maladies inflammatoires, organiques et sympathiques du cœur, a, le premier, attribué les cas graves d'angine de poitrine à l'oblitération des artères coronaires. Nous traduisons le livre anglais.

« Dans l'angine de poitrine, les artères coronaires sont ossifiées et rétrécies quelquefois sur un parcours de plusieurs pouces. Elles ont été trouvées à l'état de cartilage, la surface interne couverte d'une exsudation lymphatique et tenace qui diminue considérablement leur calibre. Si l'aorte est ossifiée à l'endroit où les artères coronaires émergent, de manière à rétrécir le diamètre de leurs orifices aortiques, le même effet n'est produit que si les artères sont elles-mêmes malades; la substance du cœur ne reçoit pas sa quantité habituelle de sang.

On a allégué que l'ossification des artères coronaires peut quelquefois exister sans produire l'angine de poitrine. Les cas dans lesquels n'est apparu aucun symptôme, quand ces vaisseaux sont si altérés, sont très rares en comparaison du nombre de ceux où on a trouvé des signes caractéristiques.

Si le calibre de ces artères n'est pas diminué par leur transformation osseuse, soit partielle, soit complète, la substance du cœur reçoit alors la quantité nécessaire de sang artériel; aucun symptôme morbide n'est produit; une artère, dans quelques cas rares, peut, quoique plus ou moins ossifiée, ne pas avoir son diamètre sensiblement modifié; ou bien, si une des deux artères est malade, l'autre tout à fait saine peut envoyer une quantité suffisante de sang, surtout si son calibre est augmenté. L'ossification de ces vaisseaux ne produit pas, dans un certain nombre de cas, les symptômes de l'angine de poitrine.

Mais quand ces artères sont ossifiées et que leur diamètre est en même temps diminué, nous trouvons l'angine de poitrine indubitable et les cas ne sont pas rares. Dans les autres lésions du cœur, l'angine de poitrine est variable, occasionnelle. »

Reeder insiste donc sur la sténose des artères coronaires comme cause de l'angine de poitrine, tandis que Burns, Parry et d'autres invoquent seulement l'ossification des vaisseaux.

L'article de Reeder est très étendu, renferme des observations très bien prises, et mérite d'être remis en lumière.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

DEUX NOUVEAUX CAS DE DIABÈTE SUCRÉ CHEZ DE JEUNES ENFANTS. — Le Dr *Mac Call Anderson* rapporte, dans le *Glascow Medical Journal*, deux cas de diabète sucré chez de jeunes enfants. Dans un cas, l'enfant avait deux ans et trois semaines, lorsque le père consulta le médecin parce que, depuis environ six semaines, son enfant languissait; il n'avait pas d'appétit, demandait constamment à boire, maigrissait et perdait ses forces. L'urine contenait une grande quantité de sucre; son poids spécifique était de 1038. Deux jours plus tard, l'enfant mourait.

Dans le second cas, il s'agit d'une petite fille de 2 ans et demi qui avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 1er janvier 1884; à cette époque, elle fit une chute sur les mains, mais elle ne parut se faire aucun mal. Dès le lendemain, puis plus ou moins par la suite, elle souffrit d'une soif très intense, avec tendance au refroidissement, à la pâleur et à la syncope. Quand l'auteur la vit, le 8 janvier, l'amaigrissement était très sensible et la température ne s'élevait qu'à 95° Fahrenheit (32°,2).

L'urine très acide, d'une densité de 1.037, contenait des traces d'albumine et une grande quantité de sucre; on donna, mais avec beaucoup de circonspection, des granules contenant un demi-milligramme de morphine. L'enfant s'affaiblit graduellement et mourut dans l'après-midi du 9 janvier, neuf jours seulement après l'apparition des premiers symptômes. A l'autopsie, on ne trouva rien qu'un peu d'anémie du cerveau, et de la dégénérescence graisseuse de l'épithélium rénal, dégénérescence qui s'expliquait d'ailleurs par l'abondante diurèse que l'on avait observée.

LUXATION COMPLÈTE DU GLOBE DE L'ŒIL. — Le Dr *M. B. Sullivan*, de Dover, N. H., rapporte au *Medical Record* le curieux cas suivant. Le 16 juillet au matin, je fus appelé près de Daniel F..., qui venait de

subir un traumatisme de l'œil. Arrivé à son atelier, je trouvai un jeune homme de 22 ans, récemment débarqué d'Irlande et présentant un aspect que je n'avais jamais vu. Il avait glissé dans la cuisine, sur un pépin de citron, et il était allé tomber contre la cheminée sur l'un des montants de laquelle se trouvait un tisonnier en fonte; c'est justement en ce point que porta l'œil; celui-ci était luxé de la cavité de l'orbite et faisait saillie en avant. Lorsque je le vis, il était porté directement en avant, les paupières supérieures et inférieures étaient renversées en arrière de lui. Je fis des applications d'une solution de cocaïne à 6 0/0. pendant qu'on allait chercher le Dr J.-R. Ham. Je réussis, mais avec beaucoup de difficultés, à renverser la paupière inférieure, avec des pinces de Charrière; pendant qu'elle était maintenue par mon aide, je fis la même chose pour la paupière supérieure et alors l'œil se remit instantanément en place.

C'est là un cas remarquable de luxation du globe de l'œil; les livres de chirurgie ne disent que très peu de choses sur ce sujet. La vision est maintenant parfaite et la conjonctivite qui avait suivi le traumatisme a complètement disparu. La tension exercée sur le nerf optique n'avait pas duré plus de quarante-cinq minutes.

A. Chevallereau.

De l'aptitude de l'homme a travailler debout et des dispositions qui lui font préférer le bras et la jambe droits. — Tel est le titre d'un travail présenté l'année dernière à la Société de Philadelphie par le *Dr Allis*. Cet observateur, en passant en revue toutes les particularités mécaniques résultant de la position debout, fait jouer un rôle capital à l'équilibre. La prédilection marquée pour la main droite serait dûe à la position du foie et à la disproportion de poids qu'il constitue pour les deux côtés du corps. Le centre de gravité se trouverait plus rapproché de droite; en se servant du bras droit l'enfant s'éloigne naturellement moins du centre de gravité du corps que s'il employait le bras gauche. Il faudrait admettre pour justifier cette opinion, dont le *Philadelphia medical Times* (mars 1887) donne un long compte rendu, que chez tous les gauchers il y a transposition du foie à gauche, ce qui est loin d'être démontré et même ce qui ne semble pas probable. D'autre part les recherches de M. Debierre, de Lyon, entreprises pour résoudre le problème de l'examen comparatif des membres de l'enfant, n'ont pas donné de résultats en ce sens que les membres ont présenté très peu de différences comme poids et comme longueur. M. Galippe paraît croire à une prédominance physiologique du côté droit sur le côté gauche en se basant sur ce que l'on observe plus fréquemment sur les dents des anomalies à gauche qu'à droite, le côté gauche étant plus faible et plus prédis-

posé à des aberrations de développement. Les sujets présentant ces vices, héréditaires le plus souvent, peuvent être à la rigueur rangés dans la catégorie des dégénérés, ce qui comporte cependant de nombreuses exceptions si on veut généraliser au point de vue moral et intellectuel les résultats de cette tare physique. Pour quelques auteurs, et ceux-là sont les plus nombreux, l'imitation joue le principal rôle. Un enfant élevé dans un milieu de gauchers sera gaucher et inversement à moins que dans de certaines conditions, comme le signalait le docteur Feltz (n° 102 *France médicale*), l'enfant porté par exemple constamment sur le bras gauche de la nourrice ne puisse utiliser le bras droit.

L'Hamamelis dans le traitement des maladies de peau. — L'hamamelis est un médicament extrêmement employé aux États-Unis. Dans toutes les variétés d'hémorrhagies on a pu constater son efficacité. Dujardin-Beaumetz attribue ses effets à une action sur la tunique musculaire des veines. Hector Guy, après diverses expériences, n'a pu constater les moindres changements dans le système musculaire des vaisseaux. En présence de ces opinions opposées on est obligé de se borner à constater les résultats cliniques. En dehors de son action générale comme hémostatique, *Shoemaker* a essayé ce médicament dans les différentes formes de maladies de peau. Dans les cas *d'eczémas* tenaces il l'a employé à l'intérieur et à l'extérieur avec succès. Un des premiers effets est le tarissement de la sécrétion, principalement dans les variétés aiguës et subaiguës du mal. Les démangeaisons cèdent aussi au bout de quelque temps, après les applications du médicament que l'on utilisera sous forme d'onguent, en l'incorporant de préférence à la *lanoline*. Dans l'érysipèle, l'hamamelis agit localement. En mettant ensemble une partie de teinture pour cinq ou six d'eau, on badigeonne la région enflammée avec ce mélange et l'on obtient une réfrigération très agréable pour les malades. Dans les érysipèles douloureux on ajoute avec avantage de l'opium à l'hamamelis. Dans *l'acné rosacea* il se produit rapidement une grande diminution du calibre des capillaires et les tissus engorgés ne tardent pas à revenir à l'état normal. Dans toutes les séborrhées, l'hamamelis est d'une incontestable efficacité. Enfin il arrête les sueurs excessives des mains et des pieds contre lesquelles on aura employé en vain l'atropine. Employé contre les sécrétions fétides et abondantes, il modère la violence du flux et modifie l'odeur. Dans les formes du psoriasis s'accompagnant de démangeaisons continuelles, il diminue la douleur et est un adjuvant utile pour les autres médications. Enfin il guérit les ulcères variqueux. Dans ce dernier cas il est préférable d'avoir recours à l'extrait fluide. La teinture est d'ordinaire suffisamment active pour les applications locales. Il est

quelquefois nécessaire au début, si les malades la supportent mal, de la délier dans un peu d'eau (*Cincinnati Lancet Clinic*).

Louis Boucher.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

Nous résumerons les travaux de ce Congrès d'après les épreuves qui doivent nous être gracieusement adressées par notre confrère le *Medical Record de New-York* ; nous présenterons les communications non par journée, mais par section, pensant que nos lecteurs y trouveront ainsi beaucoup plus d'intérêt.

Près de 3,000 médecins et chirurgiens, venus de tous les pays du monde, se sont réunis à Washington pour prendre part au neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie.

Le Congrès s'est divisé en sections, dont voici la liste :

Médecine. — Président : Abraham B. Arnold, de Baltimore.

Chirurgie. — Président : Wm. S. Briggs, de Nashville.

Chirurgie et médecine militaires. — Président : Henry H. Smith, de Philadelphie.

Obstétrique. — Président : De Laskie Miller, de Chicago.

Gynécologie. — Président : H. O. Marcy, de Boston.

Thérapeutique et matière médicale. — Président : Fraill Green, d'Easton.

Anatomie. — Président : Wm. H. Pancoast, de Philadelphie.

Physiologie. — Président : John H. Callender, de Nashville.

Pathologie. — Président : Alonzo B. Palmer, d'Ann Arbor.

Maladies des enfants. — Président : J. Lewis Smith, de New-York.

Ophthalmologie. — Président : J. J. Chisholm, de Baltimore.

Laryngologie. — Président : W. H. Daly, de Pittsburg.

Dermatologie et syphilis. — Président : A. K. Robinson, de New-York.

Hygiène. — Président : Joseph Jones, de la Nouvelle-Orléans.

Climatologie. — Président : Albert L. Gihou, directeur médical de la marine des États-Unis.

Médecine physiologique et maladies nerveuses. — Président : J. B. Andrews, de Buffalo.

Chirurgie dentaire et otologie. — Président : Jonathan Taft, de Cincinnati.

Le 5 septembre 1887, le neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie a été inauguré par le Président des États-Unis, Mr. Grover Cleveland.

Longtemps avant onze heures la vaste salle du théâtre d'Albaugh regorgeait de monde. Grand nombre de dames avaient tenu à honorer de leur présence une solennité aussi importante. A onze heures juste, le Président, accompagné du chef du Cabinet, Mr. Bayard, et du Président de la Chambre, Mr. Carlisle, monta sur l'estrade. Dès que les applaudissements chaleureux qui accompagnèrent son entrée se furent calmés, il se leva, et, en quelques paroles très simples, annonça l'ouverture du Congrès.

L'on passa ensuite à l'élection des divers officiers : le Dr Nathan Smith Davis, de Chicago, fut élu président ; le Dr John B. Hamilton, inspecteur général du service hospitalier de la marine des États-Unis, secrétaire général ; les Drs Atkinson, Harrison et Bangs, secrétaires-adjoints ; le Dr E. S. J. Arnold, trésorier.

Après la lecture du programme des fêtes qui doivent se tenir à l'occasion du Congrès, M. Bayard prit la parole. Il souhaita la bienvenue aux représentants des nations étrangères dans un discours élégant et sincère, leur rappelant que le peuple américain, tout absorbé qu'il est par cette activité politique et commerciale qui lui donne son cachet, sait apprécier la valeur des hommes qui ont bien voulu consacrer leur vie à l'étude d'une science qui leur donne le pouvoir de soulager les souffrances d'autrui, et que ce peuple est fier de leur offrir l'hospitalité.

M. le professeur Le Fort répondit au nom de ses collègues français, M. l'inspecteur général Wm. Harris Lloyd, au nom de la Grande-Bretagne, M. le docteur P. C. Unna, au nom de l'Allemagne, M. le sénateur M. Semmola, au nom de l'Italie et M. le docteur Charles Reyher, au nom de la Russie.

Puis M. le président Davis prononça son discours d'inauguration. Après avoir fait en termes émus, l'éloge du professeur Austin Flint, mort l'année dernière, il démontra dans une argumentation serrée les nombreux avantages qui proviennent d'associations et de congrès scientifiques.

Ensuite la séance générale fut levée et les travaux spéciaux de chaque section commencèrent dans leurs locaux respectifs.

Il s'est passé un incident regrettable entre le sénateur Semmola et le professeur Durante. Ce dernier devait répondre officiellement au discours de M. Bayard ; sans qu'il en fût avisé, M. le sénateur Semmola lui a été substitué. Très froissé, le professeur de Rome a envoyé sa démission comme membre du Congrès au secrétaire-général ; l'on prétend, du reste, qu'il aurait de suite quitté Washington.

SECTION DE MÉDECINE

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après midi.

Le président, dans son discours sur « La pratique de la médecine de nos jours », remarque à quelle précision est arrivé le diagnostic médical et rappelle les résultats merveilleux qu'a donnés l'expérimentation en pharmacologie. Pourtant il condamne toute médication non raisonnée et recommande de ne pas oublier les mesures hygiéniques, qui à elles seules constituent souvent des agents curatifs. La thérapeutique a dû céder le pas à la pathologie, la chirurgie moderne a étendu son domaine aux dépens de la médecine, et toutefois le traitement symptomatique des maladies conserve encore sa valeur. Ce que nous devons rechercher, c'est la méthode suivant laquelle la nature exerce son influence curative ; nous pourrions alors essayer de l'imiter.

Le docteur Ignacio Alvarado, du Mexique, fait une communication sur « La Pathogénie de la Fièvre jaune ». Il attribue la maladie à la présence d'un microbe, qui donnerait naissance à du phosphate acide de soude ou à de l'acide phospho-glycérinique.

Le professeur Walter B. Geike, de Toronto, lit un article sur « La Pneumonie au Canada ». Il s'ensuit une discussion fort animée à laquelle prennent part les professeurs Ouchterlong et Scott, et les docteurs Didama, Leister et Stewart.

MEMENTO PRATIQUE

—

Potion stomachique laxative (*Bardet*).

Extrait fluide de cascara	20	grammes.
Teinture de noix vomique	2	—
Hydrolat de laurier-cerise	15	—
Eau distillée	100	—
Sirop simple	15	—

Mêlez. — Trois à quatre cuillerées à café par jour pour stimuler l'estomac et entretenir la liberté du ventre.

Solution contre l'asthme (*Dujardin-Beaumetz*).

Iodure de potassium	} ãã 15	grammes.
Teinture de lobelia		
Eau distillée	250	—

Faites dissoudre. — En donner une cuillerée à café, à dessert ou à bouche, dans un verre de bière, au commencement de chacun des principaux repas.

Collodion antigoutteux (*Monin*).

Collodion élastique...	} ãã	15 grammes.
Ether sulfurique...........	}	
Acide salicylique..........	4	—
Chlorhydrate de morphine..	1	—

Mêlez. — Application toutes les heures sur le gros orteil atteint de goutte. La douleur cesse bientôt, mais le gonflement persiste, ce qui empêche de redouter la métastase.

Traitement de la migraine — Solution pour injections hypodermiques :

Antipyrine......................	0,50 centigr.
Eau distillée....................	1,50 —

F. s. a. — 8 ou 10 injections par jour.

Potion à l'antipyrine :

Antipyrine.....................	5 grammes.
Eau distillée................. ..	80 —
Rhum vieux....................	20 —
Sirop de limon.................	80 —

A prendre par cuillerées dans la journée.

Faradisation de la vésicule biliaire dans l'ictère catarrhal (*H. Secrétan*). — L'auteur a introduit une électrode à 8 centimètres de profondeur dans le rectum, chez un malade de 11 ans ; l'autre électrode était appliquée au niveau de la vésicule biliaire. La faradisation durait 10 minutes chaque jour.

La guérison, que n'avaient pu amener les cholagogues ordinaires, fut obtenue après 3 séances.

BIBLIOGRAPHIE

—

Leçons de clinique chirurgicale, par *Terrillon* rédigées par le Dr *Routier*. Bureau du *Progrès médical*. Paris 1887.

L'enseignement clinique, fait suivant les hasards d'un service, entraîne les maîtres chargés de cet enseignement à traiter différents sujets sans rapport les uns avec les autres. Aussi est-ce une suite d'études que nous présente M. Terrillon dans le nouveau livre qu'il vient de faire paraître.

Il comprend treize leçons, parmi lesquelles nous citerons celles ayant pour titre : lymphadénome du cou, cancer du col de l'utérus, métrite parenchymateuse, hépatisation du rein et abcès urineux, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, tumeur maligne du testi-

cule, etc. Puis un groupe de leçons cliniques sur la tuberculose. M. Terrillon étudie avec grand soin les questions si controversées encore d'indications et de contre-indications chez les tuberculeux; et si l'on rapproche les unes des autres ces différentes leçons, on peut facilement se rendre compte des modes d'intervention que l'on peut mettre en usage. Les abcès ossifluents, les abcès froids en général, sont le sujet de deux leçons intéressantes. Puis la tuberculose des organes génito-urinaires est étudiée dans son ensemble dans la septième et la onzième leçons. C'est une histoire complète de ces affections, hélas! si fréquentes et c'est avec beaucoup de soin que la marche, l'extension du tubercule est suivie dans les différents organes où elle se localise.

Dans toutes ces leçons les détails sont largement retranchés. Tout est fait largement. Ce sont des leçons mises à la portée de tout travailleur, et la clarté des descriptions, le choix des sujets étudiés font de ce livre un recueil de faits classiques et instructifs auxquels les étudiants auront souvent recours pour s'éclairer sur le diagnostic à porter et le traitement à instituer quand ils seront au lit du malade.

Dr Verchère.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE 1886-1887.

Tersen : De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'assainissement des localités.

Bidault : Du lupus compliqué d'épithélioma.

Guéry : Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac.

Surmont : De la blépharoptose d'origine cérébrale au point de vue de sa localisation.

Swynghedouw : Des maisons mortuaires et de leur création dans les petites localités,

Masurel : Contribution à l'étude des maladies de la peau d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques.

Quint : Compression ischémique et mobilisation précoce dans le traitement des fractures juxta-articulaires.

Carpentier : Essai sur l'anatomie de l'articulation de l'épaule.

Lévêque : Contribution à l'étude des dermatoses d'origine nerveuse. ...s maladies de la peau consécutives à un choc moral.

Coquard : Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse.

...ubus : Du choix comparé des méthodes manuelles et des méthodes ...trumentales dans le dégagement de la tête dernière.

De Bonnière : Contribution à l'étude des gangrènes dites foudroyantes spontanées des organes génitaux externes de l'homme.

De Fisson : Des syphilides pigmentaires en général et en particulier de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme.

Longueval : Luxation métacarpo-phalyngienne du pouce en arrière. De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles.

NÉCROLOGIE

Le Dr Ch. HUGUENY, de Saint-Dié, mort de la fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans.

Le Dr SABATIER, aide-major de première classe, mort le 19 juin, du choléra, au Tonkin, où il était allé sur sa demande en 1885.

Le Dr PIOCH, de Lyon, décédé à l'âge de 72 ans.

Le Dr TERSELLE, médecin-major, décédé à Nancy.

Le Dr DURAND, de Bourg-Saint-Andéol.

NOUVELLES

BOURSES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre 1887.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre également.

NOMINATIONS MILITAIRES. — Par décision ministérielle en date du 24 août, M. Debierre, médecin-major de 2e classe, a été désigné pour la division d'occupation de l'Annam et du Tonkin. Nos lecteurs savent tous que M. Debierre est agrégé et chargé de cours à la Faculté de Lille. Cette décision, venant après celle qui a envoyé au Tonkin deux autres agrégés, MM. Lagrange (de Bordeaux) et Boinet (de Montpellier), semble indiquer que le nouveau directeur du service de santé est disposé à suivre les errements regrettables de ses prédécesseurs. Elle sera certainement accueillie avec regret par tous ceux qui ont à cœur l'éclat et la bonne renommée de la médecine militaire. (*Lyon médical.*)

L'OPHTALMIE GRANULEUSE DANS L'ARMÉE RUSSE. — Le Dr Talko, dans un article publié dans un journal polonais sur l'ophtalmie granuleuse (trachôme) dans l'armée russe, dit que, d'après lui, si cette affection est toujours aussi répandue dans l'armée, c'est parce que les recrues qui en sont atteintes sont acceptées, et qu'elles doivent la communiquer ensuite aux autres soldats.

En 1885, 8,350 jeunes soldats, c'est-à-dire 67.2 pour 1,000 étaient *trachomateux*.

Dans certaines années le nombre des recrues atteintes s'est élevé jusqu'à 10,000.

Les différentes armes paraissent être affectées dans des proportions très différentes. Ainsi, tandis qu'on en compte 83.6 cas pour 1,000 dans l'infanterie, 59.9 pour 1,000 dans le génie et 23.8 pour l'artillerie, la maladie est tout à fait inconnue chez les Cosaques.

Le Dr Talko prétend en trouver l'explication dans ce fait que les Cosaques ne sont pas autant tenus renfermés dans les casernes que les autres soldats, mais, au contraire, font davantage leurs exercices et leurs manœuvres en plein air et, d'après lui, ce serait celui-ci qui prémunirait les jeunes Cosaques du Don. (*Bull. méd.*)

L'Assistance publique vient de faire la statistique suivante :

Il existe actuellement à Paris, 39 établissements hospitaliers, dont 26 hôpitaux et 13 hospices ou maisons de santé.

Cent soixante-neuf employés de bureau sont attachés à ces établissements.

Le service médical est confié à 99 médecins, 37 chirurgiens, 10 accoucheurs, 22 pharmaciens, 198 internes en médecine, 120 internes en pharmacie et 22 sages-femmes.

Quant au personnel proprement dit, c'est-à-dire attaché au service des malades et administrés, il se compose de 807 sous-employés, (surveillants, surveillantes, sous-surveillants, sous-surveillantes) et 2,631 serviteurs.

Le nombre des lits est de 23,838, qui se répartissent de la façon suivante : 11,526 lits de malades, 9,962 lits de vieillards et d'infirmes ; 1,560 lits d'aliénés (Bicètre et la Salpêtrière) ; 790 lits d'enfants assistés (hospice dépositaire).

Société protectrice de l'enfance. — *Questions de prix mises au concours pour l'année* 1887 — Prix de 500 francs. — Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° Le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

Question de prix pour l'année 1888. — Prix de 500 francs. — « Du coryza chez les enfants du premier âge. »

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1887 pour la première question, et avant le 1er novembre 1888 pour la deuxième question, au Secrétariat général de la Société, M. le Dr Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs ; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours

Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur

envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

NATALITÉ, MORTALITÉ ET NUPTIALITÉ COMPARÉES DES PRINCIPAUX ÉTATS EUROPÉENS (Dr A. J. Martin).

	Natalité p 1000	Mortalité p. 1000	Excédent des naissances sur les décès p. 1000	Nuptialité p. 1000	Fécondité par 1000 fmes
Allemagne...	37.2	25.7	11.5	7	151
Angleterre...	24.2	19.9	14.3	7.7	129
Autriche.....	38.8	30.4	8.2	7.8	150
Bavière......	36.2	28.5	7.7	6.6	»
Belgique.....	31.3	21.2	10	6.7	132
Écosse.......	33.7	19.9	13.8	7	»
France	24.9	22.6	2.3	7.5	99
Hongrie	43.9	36.6	6.7	10.2	»
Italie........	36.9	27.9	9	7.5	148
Irlande......	23.9	18	5.3	4.3	»
Norwège	30.8	17	13.8	6.6	»
Pays-Bas....	35.3	22.1	13.2	7.1	151
Prusse......	36.3	25.1	11.2	7.9	»
Suède	29.3	17.3	12	6.3	»
Suisse.......	35.9	25.7	10.2	6.8	114

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 11 *au* 17 *septembre* 1887. — Fièvre typhoïde, 27 — Variole, 6. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 17. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses et autres, 71.

Méningite, 14. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 36. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 53.

Bronchite aiguë et chronique, 31. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 40

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 112.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 893. — Résultat de la semaine précédente : 842.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie,
108, boulevard Saint-Germain.

DESPAGNET. — **De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée**, une brochure in-8 avec planche hors texte, 2 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 113 Mardi 27 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE

—

Recherches expérimentales sur la morphologie des muscles,

Par M. le professeur Marey (1).

Il y a deux siècles, Borelli a fait voir que l'effort dont un muscle est capable est proportionnel à la section transversale de ses fibres rouges, tandis que l'étendue de son raccourcissement est proportionnelle à leur longueur. Aujourd'hui que la notion du travail mécanique est bien définie, on peut compléter la conclusion de Borelli en disant que le travail qu'un muscle peut produire est proportionnel au volume et au poids de sa fibre rouge, tandis que les deux facteurs de ce travail, l'effort et le chemin, sont proportionnels l'un à la section, l'autre à la longueur des faisceaux contractiles ; le tendon n'est qu'un organe de transmission du travail.

En 1873 (2), j'ai montré que l'anatomie comparée du système musculaire des mammifères et des oiseaux confirme entièrement cette loi et que partout éclate une harmonie parfaite entre la forme d'un muscle et les conditions dynamiques de son travail, de sorte que les variétés de forme qu'un même muscle présente chez les différents animaux sont toutes motivées par les exigences d'un type particulier de locomotion.

Un problème se posait dès lors. Cette harmonie est-elle préétablie dans les plans de la nature, ou bien est-elle engendrée par la fonction elle-même ? En d'autres termes, la forme du muscle se met-elle spontanément en harmonie avec les nécessités de sa fonction ?

J'inclinais vers cette conclusion pour des raisons diverses. Tout le monde sait que les exercices athlétiques font grossir les muscles

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) *La machine animale*, chap. VIII, p. 99 et suiv. Paris, 1873.

en les rendant capables d'efforts plus énergiques; n'y aurait-il pas aussi des conditions où les muscles changent de longueur sous l'influence d'un changement survenu dans l'étendue de leur raccourcissement?

Ces cas existent et j'ai cru les reconnaître dans les modifications de la longueur des tendons signalées par J. Guérin (1) à la suite de certaines ankyloses. Mais ce que J. Guérin considérait comme une dégénérescence pathologique des muscles qui devenaient fibreux était, pour moi, le résultat d'un travail physiologique par lequel un muscle dont les mouvements sont réduits par une ankylose partielle réduit spontanément la longueur de sa fibre rouge et n'en garde que ce qui est nécessaire à l'étendue actuelle de ses mouvements. J'interprétais de même l'allongement des tendons et le raccourcissement de la fibre rouge chez les vieillards, dont les mouvements perdent graduellement de leur étendue. Enfin j'appelais l'attention des expérimentateurs sur ce point de physiologie, persuadé qu'il était possible d'accroître ou de diminuer la longueur des fibres rouges d'un muscle en augmentant ou en diminuant l'étendue des mouvements qu'elles peuvent exécuter.

Dix ans plus tard, parut en Allemagne un très remarquable travail du Dr Wilhelm Roux (2) sur la morphologie des muscles. L'auteur conclut aussi à la régulation spontanée des muscles sous des influences physiologiques (irritation fonctionnelle amenant des phénomènes trophiques). Il cite à l'appui de cette théorie les modifications qu'on observe sur la longueur des fibres rouges du muscle *carré pronateur* suivant l'étendue que présentent les mouvements de rotation du radius autour du cubitus. La valeur angulaire de ces mouvements variait, sur les cadavres examinés, de 12° à 187°; or la longueur des fibres du muscle *carré pronateur* variait suivant le même rapport.

Dans mes cours au Collège de France, je revins, l'année dernière, sur les lois de la morphologie musculaire et, comparant la forme des muscles gastrocnémiens dans la race blanche avec ceux du nègre, je trouvai un nouvel exemple d'harmonie entre la forme des muscles et les conditions de leur travail (3).

On dit que certains nègres n'ont pas de mollets; or l'anatomie montre que leurs muscles gastrocnémiens sont longs et minces, se prolongeant en bas aux dépens du tendon d'Achille, au lieu de former, comme chez le blanc, une masse volumineuse en haut de la jambe.

(1) *Essai de physiologie générale*. Paris, 1868.

(2) W. Roux. *Beitrage zur Morphologie der functionnellen Anpassung* (Separat-Abdruck aus der *Zeitschrift für Naturwissenschaften*, XVI, N. F., IX Bd). Iéna, 1883.

(3) Voir *Revue scientifique* du 3 juillet 1886.

Le nègre possède, toutefois, une aptitude incontestable à la marche; ses muscles gastrocnémiens, s'ils ont peu de développement transversal et, par conséquent, peu de force, doivent avoir des mouvements très étendus. Ils pourront faire, dès lors, le même travail que des muscles plus gros, mais dont les mouvements seraient plus bornés. S'il en est ainsi, les gastrocnémiens du nègre doivent agir sur un bras de levier plus long que ceux du blanc; le calcanéum du nègre doit donc être plus long que celui du blanc. Je vérifiai cette prévision sur les squelettes du Musée de la Société d'anthropologie et trouvai que la longueur moyenne du calcanéum du nègre, mesurée du centre du mouvement articulaire à l'attache du tendon, est à celle du blanc comme 7 est à 5.

Je résolus dès lors de provoquer expérimentalement sur des animaux des modifications dans la longueur des muscles en changeant les bras de levier auxquels ces muscles s'insèrent. Ma conviction était assez arrêtée pour que je n'aie pas hésité à prédire les résultats que je devais obtenir.

Les vastes terrains que la ville de Paris a affectés à la station physiologique me permettent d'y élever en liberté des animaux dont la locomotion ne soit point entravée. Sur des chevreaux et des lapins, je réséquai le calcanéum, de manière à réduire de moitié environ le bras de levier des muscles postérieurs de la jambe. M. le Dr Quénu voulut bien pratiquer ces opérations par la méthode antiseptique, ce qui assura la cicatrisation immédiate. Je possède aujourd'hui des lapins opérés depuis plus d'un an; l'un d'eux vient d'être sacrifié et les muscles de ses membres postérieurs disséqués ont été comparés à ceux d'un lapin normal servant de *témoin*.

Sur le lapin normal, les faisceaux et leur tendon ont à peu près la même longueur; sur le lapin dont le calcanéum est réséqué, la longueur des muscles n'est guère que la moitié de celle du tendon.

Voici les mesures obtenues dans cette comparaison :

	Lapin.	
	Opéré.	normal.
Longueur des muscles......	27 mm.	37 mm.
— des tendons......	50 mm.	36 mm.

L'opération a été variée de diverses manières : j'ai cherché, par exemple, à réduire les mouvements en détachant les tendons du calcanéum sur lequel ils se réfléchissent en y contractant des adhérences, puis en luxant latéralement ces tendons. Le résultat a été le même que celui de la résection, au point de vue des changements produits dans la longueur des muscles. Il devait en être ainsi, puis-

que, dans les deux cas, le bras de levier de la force musculaire était diminué.

D'autres résultats que je ne cherchais pas se sont encore produits : ainsi une atrophie partielle des os du membre, des changements de forme et de volume des fléchisseurs du pied, etc. Ces changements méritent d'être étudiés avec soin, car ils semblent aussi devoir éclairer les lois de la morphologie.

Je me borne aujourd'hui à annoncer que l'expérience a vérifié mes prévisions; ce succès entraînera, je l'espère, la conviction des physiologistes, et d'autres expérimentateurs continueront ces recherches (1).

Qu'il me soit permis d'insister sur la portée de la morphologie expérimentale. Les théories transformistes attendent encore leur démonstration. Pour prouver qu'un organe se met en harmonie avec les conditions dans lesquelles il fonctionne, il faut d'abord connaître les relations qui existent entre la forme de cet organe et les caractères de sa fonction. Ce rapport semble maintenant bien défini en ce qui concerne le muscle; c'est donc sur le muscle que les expériences devront porter. Il reste un pas à franchir, c'est de provoquer des variations de la forme musculaire en changeant les conditions extérieures de la locomotion, et sans que l'intervention chirurgicale modifie les relations anatomiques des organes Il faudra voir enfin si l'hérédité fixe, dans certaines limites, les modifications qui seront ainsi obtenues.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 *au* 10 *septembre* 1887.

—

SECTION DE MÉDECINE.

Mardi 6 *septembre. — Deuxième journée. — Séance de l'après-midi.*

Le Dr Joseph *Körösi*, directeur de la statistique municipale de Budapesth, lit un article intitulé : « *Du pouvoir préventif de la vaccination* ».

(1) Comme il est très difficile de déterminer sur les muscles penniformes la longueur propre des faisceaux musculaires, il pourrait rester un doute sur la réalité de leur raccourcissement dans l'expérience que nous venons de faire. Nous nous proposons, sur un lapin opéré l'an dernier, de rechercher le degré de raccourcissement qu'éprouvent les muscles postérieurs de la jambe lorsqu'on les soumet à une excitation électrique et de comparer ce raccourcissement à celui des muscles normaux.

Il passe en revue toutes les opinions qui ont été émises pour et contre le pouvoir préventif de la vaccination; les statistiques sur lesquelles elles sont basées n'ont pas la valeur absolue que l'on veut leur attribuer. Même lorsque les chiffres prouvent que la mortalité des individus non vaccinés est supérieure à celle des individus vaccinés, les antivaccinateurs répondent que la première catégorie est composée d'enfants malades et faibles dont l'état général les prédispose à contraster la variole.

M. Körösi leur répond. Il distingue entre la mortalité et léthalité. La mortalité représente la chance que tout être vivant a de mourir; la léthalité, la chance de mort d'un individu malade. Si nous connaissions, par exemple, la léthalité générale des non-vaccinés, nous pourrions déterminer si leur léthalité pour la variole est plus grande; cette différence dépendrait entièrement de leur non-vaccination. Mais pour déterminer la léthalité générale des vaccinés et des non-vaccinés, il faut que les registres d'hôpital indiquent dans chaque cas (médical ou chirurgical) si le malade a été vacciné ou non. Cette mesure est en vigueur depuis 1886 dans dix-neuf hôpitaux de Budapesth et de la Hongrie. Vingt mille cas démontrent que la léthalité générale des vaccinés est de 8 p. 100, et celle des non-vaccinés de 13 p. 100. Donc, l'assertion des antivaccinateurs est vraie. Mais parmi les varioleux, la léthalité des non-vaccinés est montée à 6.66 p. 100; elle devrait donc représenter à peu près 10 p. 100, mais en réalité elle est de 49.68 p. 100. Il y a toutefois deux facteurs qui donnent ce résultat: le mauvais état général des non-vaccinés est le fait de leur non-vaccination. Dans ces conditions-là, nous pouvons affirmer que pour le varioleux non-vacciné la chance de mourir est élevée à 500 p. 100, uniquement parce qu'il n'a pas été vacciné.

La non-vaccination cause trois fois et demi plus de cas de petite vérole.

La mortalité est calculée par la même méthode, qui fonctionne à Buda-Pesth et dans dix-neuf autres villes de la Hongrie, où elle est appliquée en outre à la syphilis, la tuberculose, etc.

M. Körösi discute longuement les rapports des différentes maladies entre elles, au point de vue de la valeur et de la portée des statistiques.

Le Dr *V. M. Whitmarsh*, de Londres, fait une communication sur « *La vaccination et le traitement de Pasteur* ».

Il ne considère pas la vaccination comme un préventif contre la variole, bien qu'elle diminue les probabilités de contagion. La loi exige en Angleterre que les enfants âgés de plus de trois mois soient vaccinés.

Dans son article sur la méthode de Pasteur, il donne minutieuse-

ment le mode de préparation du virus pour inoculation, et explique le principe dont il découle. Il montre les appareils employés ainsi qu'une solution de virus.

Pour lui, Pasteur est un chimiste scientifique de premier ordre, mais il n'est ni médecin ni chirurgien. Il est difficile de savoir si les individus inoculés par Pasteur ont eu la rage ou non.

Il propose d'instituer une série d'expériences sur des condamnés.

Le Dr *C. A. Leale* a l'occasion de soigner de 18,000 à 20.000 enfants malades chaque année. Bien que des centaines d'entre eux aient été mordus par des chiens, il n'a jamais eu un cas d'hydrophobie.

BIBLIOGRAPHIE

LE CHARBON DES ANIMAUX ET DE L'HOMME, par *I. Straus*, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. Bureaux du *Progrès médical* et A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1887.

L'étude du charbon est indispensable pour quiconque veut se livrer à l'étude des maladies infectieuses. Sur la plupart des points, la lumière est faite, et la maladie infectieuse type est connue. Son étude a permis d'édifier la théorie parasitaire des maladies virulentes et rien de ce qui touche au charbon par cela même ne saurait être indifférent, et son étude est l'introduction naturelle à l'étude des maladies infectieuses.

Existant dans la plus haute antiquité, le charbon n'a cependant été distingué d'autres accidents inflammatoires qu'à la fin du siècle dernier par Chabert. Il établit trois formes principales, forme charbonneuse, charbon essentiel et charbon symptomatique, ces deux dernières formes discutables et se rapportant à une affection distincte du charbon bactérien dont MM. Arloing, Thomas et Cornevin ont si complètement démontré l'existence et donné les caractères.

On avait reconnu de tout temps que le charbon revenait épidémiquement et dans certains pays la mortalité sur les animaux était considérable, c'est ainsi qu'en Russie, dans le seul gouvernement de Novogorod, de 1867 à 1870, 58,000 têtes de bétail et 528 hommes succombèrent au charbon.

Certaines conditions telluriques président manifestement au développement du charbon, et dans certains pays, certains paturages sont particulièrement dangereux et ont reçu le nom caractéristique de *champs maudits*. On a voulu faire jouer un rôle à l'état plus ou moins humide du terrain, à la chaleur, à l'état météorologique de l'atmosphère. La montagne prédisposerait au *mal de montagne* ; c'est la plaine

au contraire, pour d'autres auteurs, qui serait plus dangereuse; l'usage de fourrages vieux, rouillés, moisis, poudreux, ou bien les mauvaises stabulations en ont été tour à tour accusés. Enfin, Delafond, en 1843 a tenté de montrer que le sang de rate n'était que le résultat de la pléthore sanguine.

Puis vint la période expérimentale; Barthélemy, Leuret, après les expériences et les conclusions de Gaspard, de Dupuy, de Magendie, reconnurent la virulence du charbon et l'assimilèrent au poison septicémique retiré des cadavres en putréfaction. La commission d'Eure-et-Loir entre franchement dans la voie expérimentale et reconnaît la possibilité d'inoculer le charbon aux lapins, aux cobayes, et facilite ainsi les recherches ultérieures. Malheureusement l'erreur de Leuret, de Barthélemy, persistait et Raimbert, en 1857, écrivait encore un chapitre de son livre sur *la nature putride des virus charbonneux;* enfin la notion de la *spontanéité* faisait encore admettre que malgré sa contagion et son inoculabilité le charbon pouvait survenir sous l'influence de causes banales.

Toutes ces opinions appartiennent actuellement au domaine de l'histoire. Davaine et Rayer ont *découvert* la bactéridie et la clarté s'est faite.

Il était tout naturel que l'on contestât cette *découverte*, il était non moins naturel que ce fût *un Allemand* qui revendiquât pour son pays cette admirable notion. C'est en 1850 que nous lisons dans un travail de Rayer : « qu'il *y avait* (dans le sang d'un mouton atteint de sang de rate) *des petits corps filiformes, ayant au moins le double en longueur d'un globule sanguin. Ces petits corps n'offraient pas de mouvements spontanés* », et c'est en 1855, que Pollender les vit pour la première fois; espérons que Bollinger qui, en 1872, s'en est fait l'avocat, ne connaissait pas la note que nous avons citée de Rayer et qu'il n'a pu, par suite, craindre que Pollender, lui, en avait eu connaissance sans le citer.

Les Allemands ont péché par ignorance (soyons généreux) et on ne peut leur en vouloir.

Toujours est-il que Davaine, en 1863, rappelant la note qu'il avait fait paraître en commun avec Rayer en 1850, reprend la question, et citant des travaux récemment parus de Brauell et Leisering, en réformant certaines opinions erronées, vient définitivement établir la nature parasitaire du charbon.

La bactéridie est constante dans le sang charbonneux, et disparaît pour faire place aux vibrions de la putréfaction après la mort, fait qui avait induit en erreur Leplat et Juillard, enfin, il montre comment un millionième de goutte suffit pour tuer un animal en 48 heures. Malheureusement, Davaine, en voulant asseoir l'étiologie pro-

prement dite du charbon, et déterminer le mode de contamination habituelle des animaux, fit une erreur en accusant les mouches seules de transporter le poison.

C'est Koch qui résolut ce dernier problème en découvrant la spore de la bactéridie charbonneuse. Il démontra comment, du bacille lui-même, allongé, replié, naissait une série de spores qui, peu à peu, se libéraient et cela sous la condition expresse d'être en contact avec l'air extérieur. Ce sont des parasites aérobies. De cette notion découlait l'explication de l'innocuité, au point de vue du charbon, des inoculations charbonneuses avec du sang *putréfié dans l'intérieur d'un cadavre*, si la putréfaction avait commencé avant l'apparition des spores. La résistance de ces dernières est considérable et leur virulence, dans certaines conditions, peut persister presque indéfiniment.

Tel était l'état de la question, lorsque parurent Pasteur et ses élèves, qui déterminèrent d'une façon indiscutable l'histoire du charbon.

La bactéridie présentait trois formes différentes : la forme bacillaire, la forme filamenteuse et la forme sporulaire ; elle n'existe pas sous sa première forme dans le corps des animaux, et sous cette forme se distingue encore nettement du bacillus subtilis avec lequel on a voulu la confondre.

Le bacille ne résiste pas à la soustraction de l'oxygène ; chez la spore, la nutrition et la respiration sont pour ainsi dire *suspendues*. La température la plus favorable à leur existence est 35° ; à 42° ou 43°, la bactéridie se cultive encore, mais sans formation de spores ; enfin l'influence de la lumière solaire est très curieuse et a été étudiée par MM. Arloing, Duclaux et Straus.

Pour éviter de mêler dans les cultures un élément septique aux éléments charbonneux, Pasteur et Joubert ont eu recours à la méthode des *cultures successives* et démontrèrent ainsi que la bactéridie est l'unique cause du charbon. De là, l'origine spontanée n'étant plus admissible, il fallait trouver l'étiologie vraie du charbon. Pasteur a montré que c'était à l'infection des champs par des cadavres enfouis d'animaux charbonneux qu'était due la propagation du charbon.

Les vers de terre servaient de véhicules à la terre infectée, et les animaux, en paissant, s'inoculaient le charbon soit au niveau des lèvres, de la bouche, du pharynx. Koch s'éleva contre le transport des spores par les vers de terre et l'attribuait plutôt aux inondations, aux débris végétaux ou dans les macérations de matières végétales. Pour lui, la porte d'entrée du charbon serait non pas les premières voies digestives, mais la muqueuse de l'intestin. Ces deux

modes d'introduction existent et peuvent être démontrés expérimentalement.

Les diverses espèces animales sont plus ou moins prédisposées au charbon. Par ordre de fréquence, ce sont le mouton, les rongeurs, le bœuf, le cheval, le porc, le chien, le chat ; les oiseaux, les amphibies et les poissons ont été regardés pendant longtemps comme réfractaires.

La transmission du charbon de la mère au fœtus a été l'objet de discussions importantes, mais les expériences de Chamberland et Straus ont définitivement tranché la question et expliqué l'immunité conférée par la mère au fœtus, résultant de la communication directe de l'organisme fœtal par les bacilles anthracés.

C'est à la découverte de l'atténuation possible du virus charbonneux qu'est due la méthode généralisée par Pasteur des inoculations préventives. En cultivant les bacilles anthracés à 42° ou 43° au contact de l'air pur, on obtient une culture fixe que l'on peut transmettre indéfiniment dans les cultures effectuées ensuite dans les conditions habituelles.

D'autres procédés d'atténuation ont été proposés par Burdon, Sanderson, Greenfield, Toussaint, Chauveau, mais le procédé de Pasteur reste encore le plus certain et le plus pratique.

Ces faits ont été la source de notions très instructives sur le problème de la réceptivité et de l'immunité dans les maladies infectieuses ; à ce point de vue, il constitue la maladie d'étude par excellence. La réceptivité et l'immunité varient, non seulement pour chaque espèce animale, mais elles peuvent varier avec l'âge, la race ; ainsi, les moutons algériens sont à peu près réfractaires à l'inoculation.

Différentes théories ont été émises pour expliquer l'immunité conférée par une première atteinte : théorie de l'épuisement (Pasteur), théorie du contre-poison (Chauveau), théorie de l'adaptation des cellules de l'économie à la lutte contre les microbes ; ces cellules seraient pour M. Metschnikoff, les leucocytes auxquels il ajoute l'épithète de « phogocytes ».

Chez l'homme le charbon est externe (cutané) ou interne (intestinal ou pulmonaire). C'est surtout une maladie professionnelle due à la ténacité de la virulence charbonneuse de certains produits animaux (crins, cornes, peaux, fourrures). Le charbon interne est dû à l'ingestion de viandes charbonneuses crues ou *cuites*. Malgré l'avis contraire émis par Colin, cette inoculation ne peut résister aux observations concluantes qui ont été publiées; enfin, la voie pulmonaire se retrouve chez les trieurs de laine (Woolsarter's disease) et les chiffonniers (Hadernkrankheit).

Le charbon externe est caractérisé par la pustule maligne, et dans quelques cas plus rares par l'œdème malin sans pustule qu'a décrit Bourgeois, d'Étampes. Les lésions viscérales chez l'homme qui a succombé au charbon sont les mêmes que celles que l'on trouve chez les animaux et sont primitives dans les cas de charbon interne.

L'étude du charbon serait incomplète si l'on n'en tirait des conclusions tendant à diminuer sa fréquence ou à supprimer son existence. Ce sont surtout les moyens prophylactiques qui atteindraient ce résultat.

Empêcher l'enfouissement des animaux charbonneux, la vente de leur peau, de leur viande, de leurs viscères, exiger la désinfection des étables, des litières souillées par ces animaux. — Les moyens prophylactiques sont plus difficiles à employer pour préserver certains ouvriers (tanneurs, mégissiers, fileurs de laine, cordiers, brossiers, ouvriers en corne, etc.) ; la désinfection préalable de tous les produits employés est impossible, les spores charbonneuses résistent trop énergiquement ; peut-être faudrait-il aussi recourir à la prohibition pure et simple des laines, poils et autres produits provenant des pays notoirement infectés de charbon. C'est encore un problème à résoudre.

Le traitement de la pustule maligne sera énergiquement chirurgical, que l'on suive celui qu'a édicté M. Verneuil ou celui qu'a conseillé M. Trélat.

M. Verneuil fait enlever largement la pustule maligne au thermocautère, puis des ponctions avec le même instrument dans la zone dure et enfin des injections interstitielles à la périphérie avec teinture d'iode au 100e ou au 200e.

M. Trélat fend l'eschare centrale par une incision cruciale, la cautérise avec de la pâte de Vienne et fait à la périphérie des injections interstitielles d'acide phénique au 100^e

Nous n'avons pu donner qu'un trop court résumé du travail que nous avons étudié, n'ayant pu malheureusement suivre M. Straus dans tous les développements qu'il a donnés et montrer suffisamment comment ce livre dépasse son titre et n'est pas seulement une étude du charbon, mais un modèle d'étude sur les maladies infectieuses.

Dr F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

Le Dr MAUVEZIN (Charles), ancien interne des hôpitaux de Paris (1857), décédé à Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne).

Le Dr VOREUX (Antoine), de Lille, décédé à l'âge de 25 ans.

NOUVELLES

La législation de l'alcool en France. — Sur la proposition du ministre des finances, une commission extra-parlementaire a été constituée audit ministère à l'effet d'étudier les réformes qu'il convient d'apporter à la législation de l'alcool, et en général au régime des boissons.

Dans le rapport adressé à l'appui de sa proposition, le ministre des finances s'exprime comme suit, en ce qui concerne le côté de la question qui touche à l'hygiène et à la santé publique :

« L'opinion se préoccupe, depuis longtemps, des dangers que fait courir à la santé publique la consommation des alcools d'industrie qui, depuis les ravages de l'oïdium et du phylloxera, se sont substitués peu à peu aux alcools de vin.

« Ces dangers ont été mis en évidence par l'enquête que le Sénat a entreprise l'année dernière sur la consommation de l'alcool en France. Le rapporteur de la commission, l'honorable M. Claude (des Vosges), a pu conclure des faits recueillis dans l'enquête que « l'alcoolisme a déjà porté le trouble dans l'économie sociale tout entière » et qu' « un certain nombre de nos départements sont menacés d'une dégénérescence rapide de le race ».

« Ce qui fait la gravité particulière du péril, c'est qu'il tient bien moins à des habitudes nouvelles, à une démoralisation quelconque de nos populations, qu'à une sorte d'empoisonnement lent et inconscient. Sans doute, sur certains points, la multiplication des débits de boissons a pris des proportions véritablement inquiétantes, mais si elles ont ce caractère, c'est surtout en raison de la nature des liquides débités.

« Il est démontré que la majeure partie des alcools impurs provient de livraisons faites en fraude. Tantôt ces alcools sont introduits dans la circulation par des bouilleurs de cru qui, abusant d'un privilège consenti par le législateur, éludent le paiement des droits ; tantôt ils le sont par des expéditeurs étrangers qui, sous prétexte de « viner » leurs vins, — opération d'ailleurs interdite en France, — rehaussent le degré alcoolique des vins qu'ils importent chez nous. Dans l'un et l'autre cas, l'Etat est frusté de sommes considérables.

« L'intérêt du Trésor se joint donc aux prescriptions les plus impérieuses de l'hygiène pour exiger que toutes ces fraudes prennent fin et que des alcools complètement rectifiés soient seuls livrés à la consommation. »

Hospices de Grenoble. — Un concours pour la nomination des élèves internes et externes aura lieu le 7 et le 8 novembre prochain. — Un concours pour la nomination de deux internes en pharmacie aura lieu le 14 novembre prochain.

Pérégrinations d'une fourchette dans les voies digestives. — Le Dr William Wilson raconte, dans une lettre écrite de Florence, ce que

le journal anglais *Northwestern Lancet*, du 1er août 1887, appelle les *aventures* d'une fourchette dans l'estomac et dans le canal intestinal. Il y a environ seize ans, un Italien avala une fourchette en essayant d'imiter l'action d'un jongleur. De nombreuses tentatives furent faites pour retirer cette fourchette par l'œsophage, et plusieurs instruments furent créés pour la pêcher dans l'estomac, mais sans succès, et de temps en temps le patient avait des crises de douleur et des hémorrhagies. Finalement il devint évident que la fourchette avait passé dans les intestins, et dernièrement la palpation permit de constater sa présence dans la fosse iliaque droite, entourée d'une tuméfaction considérable. Dans ces conditions le professeur Ressti, ouvrant l'abdomen, la retira du côlon ascendant. Cela fait la troisième fourchette chirurgicale des temps modernes. — R. (*Union médicale.*)

Service médical de nuit a Berlin. — La capitale prussienne possède onze postes de secours (Sanitats Wachen) d'un fonctionnement et d'une organisation fort différents. Quelques-uns sont pourvus de deux médecins, d'autres d'un médecin et d'aides médicaux (Heilgehülfen), d'autres, enfin, ne possèdent que des aides médicaux. Un seul de ces postes fonctionne aussi le jour, les dix autres ne font qu'un service de nuit. La plupart donnent des soins et secours dans les cas d'attaques subites de maladie et dans tous les accidents qui ne souffrent aucun retard. Quelques-uns cependant se bornent à faire prévenir le médecin qui doit immédiatement répondre à toute réquisition des malades. On a senti qu'il était temps de donner plus de cohésion et d'uniformité à ces institutions des secours de nuit. Le Dr Pistor (Medicinalrath) s'est activement occupé de la question. Son but était de donner à ces postes médicaux une organisation uniforme avec un Comité central pour imprimer l'impulsion; de pourvoir tous les postes de médecins de pansements antiseptiques avec un matériel suffisant de transport pour les blessés (brancards, voitures, etc.)

Mais, pour arriver à ce résultat désirable, il fallait que la ville prît en main la direction et l'administration des postes de secours. Quand la question arriva au Conseil municipal, les avis étaient fort partagés. Les uns trouvaient bon d'abandonner les postes de secours à la charité privée. D'autres opinaient pour l'urgence d'une réforme ou tout au moins le besoin d'une subvention. Ce fut ce moyen terme qui fut adopté. La ville ne consentit pas à se charger des postes de secours, mais elle vota une somme de 10,000 marks (12,500 francs) à répartir entre eux suivant leurs besoins.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 114 Jeudi 29 Septembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 28 septembre 1887.

Cette séance s'annonçait d'une façon assez piteuse. Les uns étaient allés jusqu'au Congrès international de Washington qui, décidément, ne fera guère époque dans la science que par les vifs dissentiments qu'il a causés parmi nos confrères des États-Unis; les autres étaient allés arborer hardiment et vigoureusement, et non sans succès, le drapeau français au Congrès d'hygiène de Vienne; d'autres, plus modestes, s'étaient rendus au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, sur les bords de la Garonne, et, par leurs luttes courtoises et pacifiques, reposaient le Capitole des bruyantes et brillantes épreuves de la mobilisation. En somme, la salle des séances de l'Académie de médecine semblait devoir rester déserte et les communications rares. Il en est allé tout autrement, et beaucoup de belles et bonnes séances d'hiver auront moins de retentissement que celle-ci.

Signalons d'abord, parmi les pièces de la correspondance, une réclamation du Dr Seiler, qui, après avoir communiqué à l'Académie de médecine, il y a deux ans, et au Congrès de Nancy, l'an dernier, son mode de traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations de vapeurs d'acide fluorhydrique, s'étonne justement de voir un confrère, qu'il avait initié à ce procédé, venir donner comme sien, à l'Académie, dans sa dernière séance, ce mode de traitement.

M. Terrillon a traité trois nouveaux cas de salpyngite et d'hématosalpyngite par l'ablation des organes malades, et il insiste sur les excellents résultats donnés par le traitement chirurgical dans ces cas où la médecine seule ne peut pas faire grand'chose.

Enfin, M. le professeur Verneuil a rempli la plus grande partie de cette séance par la lecture d'un mémoire sur les ulcérations imaginaires de la langue; une importante discussion à laquelle ont pris part MM. Fournier, Labbé, Perrin, Laborde et Larrey, a jeté pleine

lumière sur une affection qui, selon la judicieuse expression de M. Laborde, relève autant de la pathologie mentale que de la chirurgie. A. Ch.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches expérimentales, relatives à l'action physiologique du Cytisus laburnum,

Par MM. J.-L. Prevost et Paul Binet (1).

Les auteurs qui se sont occupés du Cytise (Scott Gray, Huseman, Marmé, Kobert, Cornevin) ont signalé, outre ses effets vomitifs, des accidents intestinaux, une action narcotique et la mort par paralysie respiratoire. Marmé et Kobert décrivent aussi une élévation notable de la pression artérielle.

Nos expériences ont été faites d'abord, au printemps de 1886, avec des infusions de fleurs et de fruits verts; puis, plus tard, dès l'automne de la même année, avec des infusions de graines sèches et avec l'extrait alcoolique (moins actif) et surtout avec l'extrait aqueux (plus actif), préparés avec ces graines.

Ces expériences ont été pratiquées sur des *grenouilles* et des animaux à sang chaud (*chats, chiens, rats, cobayes, lapins, pigeons*); elles nous ont donné, en résumé, les résultats suivants :

1. Chez les deux espèces de grenouilles (*viridis* et *temporia*), le cytise est un paralyso-moteur absolument analogue au curare, avec l'action duquel nous n'avons pu constater aucune différence notable.

Les grenouilles, préparées selon la méthode employée par Kölliker, Cl. Bernard, pour l'étude du curare (ligature du tronc en masse, en ménageant les plexus ischiatiques), ont servi à démontrer que le cytise, en paralysant les nerfs moteurs, n'affecte pas la sensibilité. Les parties situées au-dessus de la ligature sont paralysées, mais conservent la sensibilité; les excitations que l'on y pratique provoquent des mouvements spontanés des membres postérieurs, restés normaux grâce à la ligature.

2. Le nerf vague offre une résistance plus grande que les autres nerfs et conserve encore son action arrestatrice sur le cœur, quand les nerfs moteurs sont paralysés.

3. Les battements de cœur de la grenouille s'affaiblissent peu à peu, après l'injection de hautes doses de cytise. La paralysie du cœur est alors une cause de la mort.

4. Les animaux à sang chaud qui peuvent vomir (*chats, chiens,*

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

pigeons) sont plus sensibles à l'action du cytise que les rongeurs (*rats, cobayes*, et surtout *lapins*). Le lapin offre une grande résistance à l'action de ce poison.

5. Chez les animaux qui peuvent vomir, le vomissement se produit après l'administration d'une faible dose (en moyenne 0,05 d'extrait aqueux, pour le chat), plus rapidement par injection hypodermique (en six minutes) que par ingestion gastrique (en quinze à vingt minutes). Ce vomissement est accompagné de violents efforts et n'est suivi d'aucun autre symptôme appréciable, lorsque la dose est faible. Nous n'avons jamais observé de troubles intestinaux ni de diarrhée.

Le vomissement a pu se produire chez les chats dont les nerfs vagues étaient sectionnés. Il est alors retardé, mais aussi énergique. On peut en conclure que le cytise provoque le vomissement en agissant directement sur le centre vomitif.

6. Quand les doses sont plus fortes, les animaux offrent alors de l'affaiblissement général, de la prostration, qui, jusqu'à nous, ont été considérés comme résultant d'une action narcotique, et qui ne sont que la conséquence de la paralysie générale des nerfs moteurs. Cette paralysie entraîne la mort par asphyxie, chez les animaux à sang chaud, à moins que l'on ne prolonge la vie au moyen de la respiration artificielle.

7. Dans les intoxications avancées, produites par l'injection de fortes doses de cytise, chez les animaux chez lesquels on entretient la respiration artificielle, on peut constater la perte complète de l'excitabilité des nerfs moteurs (*sciatique*, *brachial*, etc.). Comme chez les grenouilles, le *nerf vague* résiste plus longtemps à la paralysie.

8. Les nerfs des sécrétions sudorale (*nerfs des membres*) et salivaire (*tympanico-lingual*) restent excitables pendant l'empoisonnement, et leur excitation provoque encore soit la sécrétion sudorale des pattes, soit la sécrétion salivaire.

9. La sécrétion de la bile n'est pas modifiée par le cytise, relativement du moins à sa quantité.

10. Soit dans les intoxications générales, soit lorsqu'il est instillé directement dans le sac conjonctival, le cytise ne produit aucune action notable sur la pupille ni sur la sensibilité de la cornée.

11. Nous n'avons pas pu constater, avec l'extrait aqueux de cytise, une modification notable de la pression artérielle. La pression s'abaisse graduellement dans les intoxications avancées. Le cœur n'est pas sensiblement atteint chez les animaux à sang chaud.

12. Chez les pigeons, outre ces symptômes, nous avons constaté une raideur spéciale des pattes.

Voici les *conclusions générales* de ces recherches :

A. Le cytise doit être considéré comme un bon vomitif, à action centrale, agissant rapidement, et mieux par injection hypodermique que par ingestion stomacale.

B. A l'action vomitive se joint, à haute dose, une action paralyso-motrice, analogue, si ce n'est identique, à celle que produit le curare.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 27 septembre 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE MANUSCRITE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Seiler, réclamant la priorité de la méthode de traitement de la phthisie pulmonaire par les vapeurs d'acide fluorhydrique; cette réclamation est juste, comme les bulletins de l'Académie en font foi; 2° plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales.

Le travail lu dans la dernière séance par M. le Dr Danion est renvoyé à une commission composée de MM. Gavarret, Gariel et C. Paul.

SUR LE DEGRÉ DE PURETÉ DE L'ALCOOL DISTILLÉ SELON LE PROCÉDÉ BANG. — M. le Dr *Bacchi* lit une note qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Tous les alcools employés pour la fabrication des boissons spiritueuses contiennemt du furfurol en quantité variable et par conséquent sont tous plus ou moins nuisibles à la santé ;

2° L'alcool distillé selon le procédé Bang est le seul qui ne contienne pas de furfurol et qui produise les phénomènes d'ivresse sans aucun symptôme convulsivant. (Comm. : MM. Gautier, Lancereaux et Laborde.)

NOTE A PROPOS DE TROIS NOUVEAUX CAS DE SALPYNGITE ET D'HÉMATOSALPYNGITE ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL. — M. le Dr *Terrillon* lit trois observations qu'il résume ainsi :

En résumé, j'ai voulu montrer par l'étude de ces trois malades et de celle dont j'ai publié l'histoire dans ma première communication à l'Académie que les affections inflammatoires des trompes, avec leurs variétés, salpyngite, hématosalpyngite, pyosalpyngite, rentrent pour la plupart dans le domaine de la chirurgie. Les nombreux cas publiés à l'étranger et en France prouvent que le succès vient presque toujours couronner cette tentative qui consiste à enlever les annexes de l'utérus malade à [divers titres. On ne pourrait attendre, dans

aucun des cas dont j'ai parlé ici, une guérison spontanée, ou bien celle-ci demanderait des années. Mais pendant ce temps les malades courent des risques nombreux, causés par les ruptures dans le péritoine, les abcès chroniques, la cachexie envahissante. Enfin, il faut compter avec la vie de douleurs et de malaises perpétuels qui met ces malades dans un état précaire que nous connaissons tous.

J'ai donc la conviction que l'intervention chirurgicale dans ce cas est justifiée par la maladie profonde des organes devenus inutiles et qu'elle deviendra une des belles conquêtes de la chirurgie. (Comm : MM. Verneuil, Trélat, Lannelongue.)

M. *le Président* déclare une vacance dans la section de pathologie chirurgicale.

DES ULCÉRATIONS IMAGINAIRES DE LA LANGUE. — *M. Verneuil.* Velpeau a décrit autrefois, sous le nom de tumeur imaginaire de la mamelle, une affection très pénible pour les malades et qui demande à être maintenue dans le cadre nosologique. Il y a là, en effet, deux éléments, la douleur et une disposition qui peut très bien se confondre avec la disposition anatomique normale. On sait que dans ces cas il s'agit habituellement de névralgies contre lesquelles on ne peut diriger aucun traitement chirurgical. C'est par analogie avec la tumeur imaginaire de la mamelle que je veux décrire aujourd'hui les ulcérations imaginaires de la langue.

Il y a ici aussi deux facteurs, la douleur et une disposition anatomique naturelle que les malades prennent facilement pour une plaie. Les malades sont dans un état moral des plus fâcheux. On fait difficilement comprendre à des malades qu'ils peuvent souffrir pendant plusieurs mois sans que l'affection offre de dangers.

M. Verneuil a observé plusieurs cas de ce genre et tous offrant une ressemblance parfaite. Cependant, dans la grande majorité des cas, la nature de cette affection est méconnue.

Un homme de 42 ans, avocat en province, très bien constitué, consulte M. Verneuil au commencement de l'année 1886 pour une affection qui remonte à un peu plus d'un an et occupe un point très circonscrit, toujours le même, mais quelquefois cependant embrasse toute une moitié de la langue et s'étend même jusqu'à l'oreille. Il a toujours très peu fumé et même ne fume plus du tout depuis quelques mois ; il n'a jamais fait d'excès, n'a pas eu la syphilis et ses urines ne contiennent rien d'anormal.

L'examen de la langue ne montre absolument rien. Le malade lui-même accuse le niveau de la plus antérieure et de la plus externe des papilles caliciformes. Il n'y avait aucune lésion de voisinage. M. Verneuil, le croyant goutteux, fit le traitement général de la goutte, et lui donna une solution de cocaïne pour toucher la région

douloureuse dans le cas de névralgie. Ce malade fut très amélioré, mais il a eu depuis quelques rechutes pour lesquelles M. Verneuil emploie surtout le traitement moral.

Sur cinq malades, quatre étaient du sexe masculin. Tous ces malades étaient dans la force de l'âge et très vigoureux.

Tous cependant présentaient les attributs de l'arthritisme. Les hommes avaient fumé, mais ne présentaient aucune altération de la muqueuse. L'un de ces malades, un médecin directeur d'un asile d'aliénés, est mort de paralysie générale. Chez tous la maladie datait d'un grand nombre d'années et ne paraissait nullement en voie d'amélioration.

M. Verneuil a pensé à faire dans ce cas l'extirpation de la région douloureuse, la névrotomie, l'électrisation, la cautérisation, les injections interstitielles, mais il n'a eu l'occasion de mettre en pratique aucun de ces procédés.

Le but de M. Verneuil est de provoquer l'exhibition d'autres faits semblables à l'aide desquels on pourrait écrire la nosographie de cette névralgie linguale.

M. *Fournier*. Je désire confirmer les idées émises par M. Verneuil; j'ai vu un certain nombre de faits du même genre et je ne différerai d'avis avec M. Verneuil que sur un point; ces cas m'ont paru être beaucoup moins rares que M. Verneuil ne le croit; j'ai vu beaucoup de ces cas de névralgie linguale sans aucune lésion apparente. S'il m'est venu un nombre relativement considérable de malades de ce genre, c'est que ces individus cherchent toutes les causes possibles de leur affection et, pour peu qu'ils aient eu autrefois la moindre blennorrhagie, ils se figurent volontiers que cela doit être dû à la syphilis.

J'ai fait quelques recherches à ce sujet; je n'ai trouvé dans les auteurs que l'article névralgie linguale, publié par notre regretté collègue M. Dechambre, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui correspondit à cette affection.

Je me suis exténué à trouver une cause, je crois en avoir trouvé deux: d'abord, comme l'a dit M. Verneuil, la goutte. Sur un certain nombre de ces malades il y avait bien certainement une diathèse goutteuse, ou, pour parler d'une façon plus générale, une diathèse arthritique; en second lieu une cause locale, qui passe souvent inaperçue, un appareil prothétique, si petit qu'il soit; dans plusieurs cas la douleur a cessé complètement après l'ablation de la pièce. Voici enfin une troisième cause possible : dans un cas j'ai vu un malade être pris de douleurs linguales pendant deux ou trois ans, sans autre phénomène, puis sont apparus tous les symptômes du tabès.

J'ai essayé beaucoup de médicaments et sans succès; le mercure

et l'iodure de potassium ne donnent aucun résultat; j'ai même vu un malade chez lequel l'iodure avait été nuisible. Je suis arrivé à ne plus prescrire que deux ou trois choses : le bromure de potassium; mais ici les doses faibles ne servent à rien, il faut donner 6 ou 8 gr. d'emblée; les émollients comme la décoction de guimauve, les pulvérisations et enfin, comme l'a dit M. Verneuil, la médecine morale. Quelquefois la seule assurance qu'ils n'ont rien dans la bouche suffit à rendre à ces malades un peu de calme.

M. Labbé. Je ne suis étonné pour ma part que d'une chose, c'est que M. Verneuil, dans sa longue pratique chirurgicale, n'ait observé que cinq cas de ce genre. J'ai vu un grand nombre de malades de cette espèce; cette année même, j'en ai vu trois cas, dont deux chez des médecins très distingués de Paris; tous deux se croyaient atteints de cancer de la langue et j'ai eu la plus grande peine à les dissuader; et cependant tous deux avaient des connaissances anatomiques. Chez ces malades, en leur montrant que cette disposition est une disposition normale, on peut arriver à des résultats. Le traitement moral, comme l'ont dit M. Verneuil et M. Tarnier, est de beaucoup le plus efficace, car jusqu'ici les médicaments n'ont pas fait grand'chose.

Dans ces circonstances, le mieux qu'on puisse faire est d'abord de ne pas faire de traitement local, pas d'excisions, pas de cautérisations. Il faut empêcher au contraire ces malades de se laisser faire un traitement actif par des médecins plus craintifs ou plus entreprenants, et il faut user de toute son influence sur les malades pour remonter leur moral.

M. Laborde. En dehors des causes qui viennent d'être signalées, il faut réserver aussi une catégorie dont un spécimen très curieux se trouve dans le travail de M. Verneuil. Il y a très souvent des malades qui traduisent leurs impressions délirantes par cette tendance à montrer constamment leur langue et leur gorge. Il y a donc ici une véritable névralgie linguale qui guérit souvent par l'azotate d'aconitine cristallisé, mais il faut réserver le pronostic au point de vue de l'état mental du malade. Cela peut être le début d'un délire qui n'éclatera d'une façon évidente que beaucoup plus tard. Il faut suivre ces malades; je suis convaincu qu'un très grand nombre ont un véritable délire hypochondriaque qui se trouve localisé à cet endroit.

M. Perrin. Je veux ajouter un mot pour confirmer l'influence du traitement moral dans ces cas. J'ai encore sous les yeux un malade de ce genre qui a failli être victime d'une opération très grave sur la langue pendant un voyage qu'il a fait en Italie ces dernières années.

Se plaignant de douleurs violentes dans la langue, il alla

trouver un médecin italien, professeur cependant dans une Faculté; celui-ci lui dit qu'il avait un cancer de la langue et lui proposa l'opération. L'alarme fut jetée dans toute la famille, et le malade, au lieu de se laisser opérer à l'étranger, revint immédiatement à Paris. Je pus alors constater qu'il n'avait absolument rien. Il n'avait qu'une de ces crises psychiques qu'il présentait déjà depuis plusieurs années; je ne trouvai chez lui aucune lésion anatomique.

Chez ce malade, il y avait un caractère curieux : la névralgie passait brusquement de la langue à la verge, et même, en l'interrogeant bien, on arrivait à ne plus lui laisser distinguer de quel côté il avait mal. Ce malade était arthritique, lui aussi; actuellement il est en butte à des préoccupations qui rendent la vie insupportable à lui et aux autres, cependant, on ne peut pas dire qu'il ait une vésanie à proprement parler.

M. *Larrey*. A l'époque où j'étais chargé de la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, je soignais un colonel atteint d'un cancer qui avait envahi toute la langue. Il était fort question, eu égard à la situation de cet officier supérieur, de cette maladie qui menaçait d'emporter bientôt le malade. Ce colonel était très connu, très aimé; on s'intéressait beaucoup à son mal. L'un des officiers de l'hôpital devint frappé de cette idée qu'il avait lui-même un cancer commençant de la langue, et chaque fois qu'il pouvait me rencontrer, il me montrait sa langue et me consultait. Ce malade quitta l'hôpital frappé de cette idée et rien ne put l'en dissuader. Je ne saurais renseigner l'Académie sur l'état définitif de cet officier qui est allé vivre en province et que j'ai perdu de vue.

M. *Verneuil*. Je remercie mes collègues des remarques qu'ils ont ajoutées à ma communication. Cela me prouve l'utilité qu'il y avait à lire cette petite note.

J'ai plus de cas de névralgie linguale que les cinq cas dont j'ai parlé, mais si l'on veut bien se reporter au titre de ma communication, on verra que je n'ai entendu parler que des ulcérations imaginaires de la langue, siégeant au niveau de la plus antérieure et de la plus externe des papilles caliciformes.

Dans ces cas de névralgies rebelles, on est autorisé à agir d'une façon chirurgicale; je serais donc disposé, s'il me revenait des malades torturés par cette affection, à faire un traitement chirurgical. Un coup de thermo-cautère sur le bord de la langue n'aurait pas ici grand inconvénient. Quant à l'injection hypodermique, elle se fait bien dans les autres névralgies. C'est là, en somme, un moyen de mettre en pratique ce traitement moral qui a tant d'influence sur ces sujets.

A quatre heures cinquante minutes la séance est levée.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

—

SECTION DE CHIRURGIE.

Lundi 5 *Septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.*

Le président, le Dr *W. J. Briggs*, de Nashville, ouvre la séance en souhaitant une cordiale bienvenue aux étrangers.

La chirurgie scientifique, dit-il, est en pleine activité et elle avance à pas de géant. Il compare le passé, quand la chirurgie craignait avant tout d'ouvrir la cavité péritonéale, au présent, quand, grâce à l'antisepsie, elle opère avec hardiesse et avec succès.

Le Dr *C. J. Parkes*, de Chicago, lit un article intitulé : « *Contribution à l'étude des plaies de l'intestin par les armes à feu.* » Avant 1885, il n'a pu trouver que cinq observations de recherches de plaies de l'intestin, dans le but d'y remédier par une intervention méthodique. Depuis lors il existe 36 observations avec neuf guérisons. L'expérience seule pourra donner les indications exactes qui justifient de l'opération. Il faut prendre en considération le volume et la forme de la balle, la distance qu'a parcourue le projectile et la nature de l'arme. Lorsqu'il existe une plaie d'entrée et une plaie de sortie, l'on peut juger approximativement quels sont les organes blessés ; mais comment apprécier quelle est la portion des anses intestinales qui a souffert ? Lorsque le diaphragme est lésé, on ne peut guère conserver d'espoir.

L'auteur énumère ensuite les symptômes qui permettent de porter le diagnostic de perforation intestinale.

Lorsqu'il existe une tuméfaction localisée de la paroi abdominale, elle est causée, en général, par une hémorrhagie intra-pariétale, et la cavité abdominale n'est pas ouverte. Des vomissements prolongés constituent un symptôme plus grave que le choc et la température.

L'examen anatomique a démontré maintes fois qu'une opération fort simple aurait sauvé la vie du patient.

La néphrotomie doit se faire lorsque le rein est blessé, la splénotomie lorsque la rate est atteinte. L'auteur recommande l'incision exploratrice médiane et l'emploi de la suture continue au fil de soie.

« *Contribution à la chirurgie expérimentale de l'intestin* » par le Dr *N. Senn*. — L'auteur préfère la suture des anses intestinales à leur résection.

1° Obstruction intestinale artificielle. — *L'entérectomie partielle*

et la suture longitudinale de la plaie constituent une source de danger lorsqu'elles réduisent de moitié le calibre de l'intestin et lorsqu'elles sont suivies de gangrène occasionnée par la destruction de l'alimentation artérielle.

2° La flexion peut avoir pour cause l'entérectomie partielle et la suture longitudinale; son origine se trouve aussi dans divers processus inflammatoires.

3° Le volvulus est encore une cause d'obstruction.

4° L'invagination est rarement susceptible de réduction spontanée. L'emploi d'injections de grandes quantités d'eau dans le côlon et le rectum doit être pratiqué avec soin, pour éviter les lacérations péritonéales que produit la distension excessive de ces organes.

L'entérectomie, lorsqu'elle entraîne la résection d'une longueur de trois à cinq pieds d'intestin, est fatale chez le chien, soit à cause du traumatisme, soit à cause de troubles ultérieurs de la digestion.

L'exclusion physiologique d'une portion de l'intestin ne donne pas lieu à des désordres aussi graves que la résection. Elle est suivie d'atrophie du cette partie de l'intestin ; il ne s'y produit pas d'accumulation fécale.

L'entérorraphie circulaire. — Une modification de la suture de Jobert, qui consiste à entourer la partie invaginée d'un anneau de caoutchouc mince et flexible, et le catgut est préférable aux sutures de Czerny et Lembert. On doit en outre greffer l'épiploon sur la ligne de suture; le danger de perforation est diminué par ce procédé. Il convient d'assurer la continuité de la surface péritonéale là où le mésentère est détaché en suturant le péritoine avant de pratiquer la réunion de l'intestin.

Anastomose intestinale. — Une opération par laquelle on obtiendrait une communication entre l'intestin situé au-dessus de l'obstruction et la partie qui se trouve au-dessous est préférable à l'entérotomie et à la résection dans les cas où il est impossible de faire disparaître la cause de l'obstruction, ou lorsque les modifications pathologiques qui lui donnent naissance ne mettent point en danger la vie du patient.

La gastro-entérotomie et la jéjuno-iléostomie doivent se pratiquer par approximation à l'aide de plaques osseuses décalcifiées et perforées. Lorsque l'obstruction siège dans le cœcum ou le côlon, on peut substituer à cette dernière opération l'implantation de l'iléum dans le côlon ou dans le rectum. Cela est vrai surtout dans les invaginations iléo-cœcales irréductibles, lorsqu'il n'existe ni gangrène ni perforation. Dans le cas contraire la partie invaginée doit être reséquée.

Lorsque les deux extrémités de l'intestin ne sont pas du même

calibre, la continuité doit être rétablie au moyen de plaques perforées. Dans les cas de plaies multiples par armes à feu situées sur le côté ou sur la convexité de l'intestin, les plaques sont préférables à la suture.

La réunion définitive d'une plaie intestinale n'est complète qu'après la formation d'un réseau de vaisseaux nouveaux sur les surfaces séreuses qu'on a rapprochées. Elle peut se produire dans l'espace de six à douze heures.

La scarification du péritoine au siège des surfaces d'approximation aide à la formation d'adhérences curatives. Les greffes épiploïques, larges de deux pouces et assez longues pour entourer l'intestin, lui sont adhérentes en douze ou dix-huit heures. Ce temps de l'opération ne devrait jamais être négligé dans la résection circulaire ou dans la suture de grandes plaies intestinales.

Le Dr Senn présente alors des pièces provenant de chiens sur lesquels l'opération avait été pratiquée. Elles montrent admirablement son efficacité.

Mardi 6 *septembre*. — *Deuxième journée*. — *Séance du matin*.

Le Dr John *Homan*, de Boston, fait une communication sur « *Trois cent quatre-vingt-quatre laparotomies pour affections diverses* ».

Il a l'habitude de se servir de drains qu'il fait nettoyer toutes les quatre heures, mais il n'est pas d'avis qu'ils drainent la cavité abdominale, bien que Keith, d'Edimbourg, conserve huit litres de liquide qu'il a retirés ainsi. Il a eu un cas de tétanos suivant la laparotomie, avec mort au troisième jour et un cas de calcul vésical produit par des poils qui sont tombés dans la vessie. Le nombre maximum de ses guérisons successives a été de trente-huit. Il considère que les kystes suppurés de l'ovaire sont très rares, car il n'en a vu qu'un. Il se sert du procédé extra-péritonéal, ayant recours à l'écraseur. S'il ouvre la vessie pendant l'opération, il y laisse une sonde molle à demeure. Il a eu cinq cas de fibromes, accompagnés d'hémorragies; une guérison, un avec amélioration, un sans amélioration.

Il a fait une ablation de l'utérus avec résultat fatal. Il a opéré un abcès de l'ovaire qui a guéri ; de même pour une péritonite tuberculeuse. Cinq cas d'anus contre-nature, trois guérisons. La castration pour affections nerveuses ne lui a pas donné de bons résultats. Deux cas de myxo-lipome, une mort. Il a pratiqué la laparotomie une fois pour un abcès pérityphlique ; le malade guérit.

Le secrétaire lit un mémoire du Dr Addinell *Hewson*, de Philadelphie, dans lequel celui-ci recommande la réunion des bords de la plaie abdominale dans la laparotomie sans l'aide de sutures.

Le Dr *I. M. Matthews*, de Louisville, lit un article intitulé : « *Quand la colotomie est-elle indiquée ?* »

Dans le cas d'épithélioma du rectum, lorsque la lésion est située à trois pouces de l'anus, la colotomie ne doit pas se faire ; s'il existe un rétrécissement situé trop haut pour qu'on y arrive avec le doigt, s'il est d'origine syphilitique, etc., l'on ne doit pas opérer.

Le Prof. Dawson et le Dr Quinby sont de l'avis de l'auteur, mais le Dr Samuel Benton, de Londres, ne voit pas pourquoi la colotomie est contre-indiquée dans le cancer du rectum. Elle soulage la douleur.

NOUVELLES

CONGRÈS D'HYGIÈNE DE VIENNE. — Nous extrayons d'une dépêche adressée au *Temps* ce qui suit :

Vienne, 27 septembre, 8 h. 30.

Après le discours que le prince héritier Rodolphe a prononcé à l'ouverture du Congrès hygiénique, M. Brouardel, l'éminent professeur de Paris, a pris la parole pour rendre hommage au prince Rodolphe, qui est également estimé pour ses œuvres dans le monde savant et dans le monde littéraire ; il a également remercié la ville de Vienne, de l'hospitalité qu'elle offrait aux membres étrangers du Congrès. Puis il a abordé son sujet scientifique, « la propagation de la fièvre typhoïde », et a prouvé que 80 0/0 des cas doivent être attribués à la mauvaise qualité de l'eau qu'on boit.

Le discours de M. Brouardel a été très applaudi et l'archiduc Rodolphe s'est levé pour féliciter le savant français.

M. Max de Pettenkofer, professeur à la Faculté de médecine de Munich, a obtenu ensuite la parole et a pris pour sujet : « L'enseignement de l'hygiène aux Facultés de médecine et aux Écoles supérieures techniques. »

L'assemblée s'est séparée après avoir élu les Bureaux de ses quatre sections.

L'après-midi, les membres du Congrès ont été reçus officiellement par le bourgmestre, M. Uhl, entouré de tout le Conseil municipal, dans le nouvel Hôtel de Ville, qu'ils ont visité ensuite en détail.

Le soir, l'Hôtel-de-Ville a été illuminé par des feux de Bengale.

Dans la matinée avait été ouverte également l'Exposition internationale d'hygiène annexée au Congrès.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 115 Samedi 1er Octobre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhino-chirurgie.

Par le Dr Albert Ruault (1).

Lorsqu'on badigeonne la surface des fosses nasales avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, la muqueuse, au bout de une à trois minutes, et avant même d'être anesthésiée, diminue considérablement d'épaisseur. Elle se moule étroitement sur les os sous-jacents, et les parties profondes, notamment le bord antérieur du cornet moyen, l'entrée du méat moyen, souvent même la paroi postérieure du pharynx, deviennent aisément visibles par l'emploi du spéculum, grâce à l'aplatissement considérable du cornet inférieur dont la saillie, alors presque disparue, ne gêne plus l'examen. Ce fait, signalé d'abord par Bosworth (*New-York med. rec.*, 15 nov. 1884), par Jellinek (B. Fränkel, *Monat. f. Ohrenh.* XIX, n° 1, p. 18), et par Sajous (*Med. news*, 20 déc. 1884), présente en pathologie nasale, une importance considérable, sur laquelle, d'ailleurs, nous n'avons pas à insister ici. Mais il nous montre que la cocaïne n'est pas seulement un anesthésique local, et qu'elle est aussi un vaso-constricteur local, car la diminution de volume de la muqueuse nasale, produite par cet agent, est due à la déplétion rapide du tissu érectile sous-muqueux. Ces deux propriétés de la cocaïne ne sont pas fonction l'une de l'autre, c'est-à-dire que la disparition de la sensibilité n'est pas due à l'anémie locale, puisque des tissus dépourvus de vaisseaux, ceux de la cornée par exemple, sont anesthésiés avec la plus grande facilité. L'effet vaso-constricteur n'est pas dû à une action directe sur les vaisseaux; Bosworth a noté que cette action porte uniquement sur les sinus veineux, et qu'elle est nulle sur les capillaires. En effet, la muqueuse nasale cocaïnée n'est pas sensiblement plus pâle qu'avant le badigeonnage. Il est donc probable que cette déplétion sanguine tient à une action réflexe se faisant sentir sur les artérioles et les

(1 Communication à la Société clinique de Paris.

fibres lisses du tissu érectile de la région sous-jacente aux points qui ont été badigeonnés.

Cet effet vaso-constricteur de la cocaïne devait faire songer à l'employer comme hémostatique, ainsi que l'avaient proposé Bosworth dans le travail cité plus haut, et Creswell-Baber (*Brit. med. journ.*, 7 mars 1885). Au mois de juillet 1886, Haynes (de Détroit) publia un article intéressant sur cette question, et cita l'observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde avec épistaxis à répétition, chez lequel les hémorrhagies nasales purent toujours être arrêtées rapidement par des pulvérisations intra-nasales d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0 (*The therap. gazet.*, 15 juillet 1886). Cependant, l'emploi de la cocaïne comme hémostatique de la muqueuse nasale a jusqu'ici peu attiré l'attention des observateurs. Pour ma part, je m'en sers à cet effet depuis près de deux ans, et les résultats que j'ai obtenus ont été constants et très avantageux. Les solutions que j'emploie aujourd'hui sont plus concentrées que celles recommandées par Bosworth et par Haynes. L'action de la cocaïne, ainsi que l'a parfaitement reconnu P. Heymann (*Berl. Klin. Woch.*, janvier 1885), est d'autant plus durable que les solutions employées sont plus concentrées; et les solutions à 20 ou 30 0/0 dans l'eau distillée additionnée d'un peu de glycérine, dont l'effet se fait sentir pendant une heure et demie ou deux heures, sont les plus convenables. Mais il m'a paru nécessaire, pour arrêter les hémorrhagies un peu importantes, de ne pas s'en tenir à un simple badigeonnage, car le liquide simplement déposé sur la muqueuse est entraîné au dehors par l'écoulement sanguin avant que son action ait eu le temps de se produire. Il est donc indispensable d'en imbiber une légère couche d'ouate, qu'on enroule autour d'un tampon sec monté sur la vis de Gottstein ou un instrument analogue. Ce tampon, de dimensions suffisantes pour bien se mouler sur la région qui saigne, mais sans comprimer les parties, est introduit dans la narine et laissé en place pendant un temps variable suivant les cas, mais jamais moins de cinq minutes. L'effet est immédiat; l'écoulement sanguin diminue de plus en plus, et s'arrête au bout de deux à trois minutes au maximum.

Dans les épistaxis spontanées, je recommande au malade de laisser le tampon en place pendant deux à trois heures, et de le retirer ensuite avec précaution, pour éviter de froisser la muqueuse. J'ai arrêté ainsi, toujours avec la plus grande facilité, un certain nombre d'épistaxis chez plusieurs personnes, dont l'une avait dû antérieurement se soumettre au tamponnement complet. Je rapporterai seulement ici ce dernier cas.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, sujette depuis deux ans à des

épistaxis extrêmement abondantes, et qui deux fois déjà n'avaient cédé qu'au tamponnement. Malgré cette déperdition sanguine, l'état général était bon, mais la malade se plaignait, indépendamment d'une obstruction permanente de la fosse nasale droite, de douleurs névralgiques violentes, ayant beaucoup augmenté d'intensité depuis environ un mois.

L'examen rhinoscopique permettait de voir de ce côté une tumeur polypiforme, paraissant s'insérer en avant et au dessus du cornet moyen, et descendant en avant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Cette tumeur était rouge, bosselée, de consistance ferme, saignant facilement au contact de la sonde. Je soupçonnai un sarcôme des fosses nasales, et, à l'aide de l'anse galvano-caustique au rouge sombre, j'enlevai un petit fragment de la tumeur, afin d'en faire l'examen histologique. Mais la malade se mit à saigner abondamment, et perdit environ 300 grammes de sang en quelques minutes: L'écoulement ne s'arrêtant pas, je m'empressai de préparer un tampon cocaïné avec une solution glycérinée à 20 p. 100, et je l'introduisis dans le nez. L'épistaxis s'arrêta immédiatement, et ne reparut pas lorsque, deux heures après environ, la malade enleva le tampon. L'examen histologique, pratiqué au laboratoire de M. le professeur Cornil, montra que la tumeur était formée de tissu sarcomateux à cellules rondes, contenant un grand nombre de vaisseaux à parois embryonnaires. Le surlendemain, je priai M. le Dr Ch. Monod d'examiner la malade, mais pendant cet examen, l'attouchement de la tumeur avec la sonde provoqua une nouvelle épistaxis. Cette fois, l'application immédiate d'un petit tampon imbibé d'une solution de cocaïne à 2 p. 100 suffit à arrêter l'hémorrhagie. Cette femme fut opérée quelques jours après par M. Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine : le nez fut largement ouvert par une longue incision comprenant toute la longueur du dos du nez, la tumeur fut enlevée et la base d'implantation, qui s'étendait très loin en arrière, raclée avec soin à l'aide de la curette de Volkmann. La malade sortit guérie huit jours après, et depuis lors a été perdue de vue.

Cette observation ne peut guère être rangée dans la catégorie des épistaxis spontanées, puisque l'hémorrhagie était causée par une tumeur. Il n'en était pas de même dans le cas suivant, dont M. le professeur Ch. Bouchard a bien voulu me communiquer l'intéressante observation. Chez un médecin habitant la province, âgé de 45 ans, hémorrhoïdaire depuis son enfance, et soigné par M. Bouchard pour une hypertrophie du foie, il était survenu, quelque temps auparavant, une épistaxis de la narine droite extrêmement abondante. Le confrère qui le soignait alors lui fit un badigeonnage du nez avec une solution de cocaïne, en vue de pratiquer le tamponne-

ment sans faire souffrir le malade, et il vit l'écoulement sanguin s'arrêter instantanément, ce qui rendit l'opération inutile. Peu après les épistaxis devinrent presque journalières, et elles se montrent encore souvent aujourd'hui plusieurs fois dans la même journée, toujours par la narine droite. Mais le malade les arrête chaque fois par l'instillation dans la narine de quelques gouttes d'une solution de cococaïne à 5 p. 100. Chez ce malade, les vaisseaux paraissent être d'une extrême fragilité; la peau est devenue fanée, à la fois pigmentée et vascularisée. En certains points, elle est piquetée comme de nœvi vasculaires. L'un de ces nœvi ayant été éraillé par un coup d'ongle, se mit à saigner abondamment. Le malade eut l'idée de toucher la petite plaie avec sa solution de cocaïne et l'hémorrhagie s'arrêta. Il put de même arrêter facilement, quelque temps après, une hémorrhagie hémorrhoïdale abondante, qui ne cédait pas. Ces faits semblent montrer que la cocaïne pourrait être employée avec avantage comme hémostatique, dans un certain nombre de cas, en dehors de la rhino-chirurgie.

Lors des opérations pratiquées dans l'intérieur des cavités nasales, les badigeonnages préalables, avec les solutions fortes de cocaïne, ne suffisent pas d'ordinaire à empêcher les hémorrhagies de se produire. Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire d'appliquer la cocaïne, après l'opération, sur la surface cruentée. Grâce à ce moyen, on peut aisément se rendre maître, à peu près instantanément, de l'écoulement sanguin qui suit l'extirpation des polypes muqueux. Au bout de quelques minutes, on retire le tampon cocaïné, et on peut alors reprendre l'opération, quitte à l'interrompre de nouveau lorsque l'hémorrhagie reparaît. Ce mode opératoire permet de diminuer beaucoup le nombre des séances nécessaires à l'achèvement de l'opération. Il en est de même lorsqu'on pratique l'ablation de la muqueuse hypertrophiée. Avant de renvoyer le malade, on prend soin de lui recommander d'introduire lui-même dans sa narine un tampon cocaïné, si l'hémorrhagie reparaissait. On peut, en effet, observer quelquefois des épistaxis secondaires, qui, pour n'être pas graves d'ordinaire, ne laissent pas d'effrayer les opérés. L'application de la cocaïne les arrête instantanément, et il est rare qu'alors elles se reproduisent. Je n'ai jamais observé d'accidents d'intoxication consécutivement à ces applications répétées de solutions fortes de cocaïne sur des surfaces saignantes. Cependant, pour me mettre en garde contre eux, j'ai toujours fait enlever le tampon peu après l'arrêt du sang, dans les cas d'opérations intra-nasales. De cette façon on évite l'absorption d'une trop forte dose d'alcaloïde. Dans les cas d'épistaxis spontanées, au contraire, le point qui saigne est d'ordinaire si limité qu'il ne semble y avoir aucun inconvénient à laisser le tampon en place pendant quelques heures.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

—

SECTION D'ANATOMIE.

Lundi 5 septembre. — Séance de l'après-midi.

L'allocution du président, le Dr William *H. Pancoast*, de Philadelphie, fut remise au lendemain.

La première communication fut faite par le Dr J.-M. *Matthews*, de Louisville, sur « l'*Anatomie du rectum et ses relations avec les actes réflexes.* »

Après avoir donné les relations anatomiques de la région, il fit remarquer que l'on n'attribuait en général pas assez d'importance aux réflexes, rappelant comme il est difficile d'anesthésier complètement le rectum et les organes environnants. Il considéra ensuite la question de constipation, qui peut en elle-même produire des phénomènes nerveux multiples, qui sont allés, dans une de ses observations, jusqu'à simuler l'ataxie locomotrice. Il insiste sur l'importance d'un examen consciencieux du rectum dans certains cas de constipation.

Le Dr Schaefer dit avoir vu des cas de douleur intolérable du périnée soulagés instantanément par la guérison de la constipation.

Le Dr Wile rapporte un cas de démence causé par des hémorrhoïdes et guéri par leur ablation.

Le Dr Strong, de Chicago, n'a pu guérir une blennorrhagie tenace qu'après avoir opéré son malade des hémorrhoïdes dont il souffrait.

Le Dr Matthews conseille l'emploi du bistouri dans les opérations autour du rectum, et fait remarquer le danger attenant à l'injection d'acide phénique.

Le président décrit ensuite la sonde rectale dont il fait usage ; elle est construite de manière à suivre les courbes du rectum.

Le Dr Ambrose L. *Ranney*, de New-York, fait une communication dont le titre est le suivant : « *Existe-t-il un rapport entre les anomalies de l'appareil de la vision et la tendance soi-disant neuropathique ?* »

Il conclut qu'il n'y a pas de pathologie bien établie dans les désordres nerveux fonctionnels, que l'hérédité y entre pour un facteur important, et que les manifestations de la prédisposition neuropathique varient avec chaque cas individuel.

Le Dr William C. *Wile*, de Danbury, lit un article intitulé : « *Quelle portion de l'urèthre doit-on choisir pour pratiquer une fistule urinaire ?* »

La séance est levée.

Mardi 6 septembre. — Séance du matin.

Le Dr *L. H. Dunning*, de South Bend, fait une communication sur *L'anatomie et l'importance chirurgicale du tissu cellulo-adipeux péri-rénal et de la capsule rénale.*

Il fait allusion au rôle protecteur que remplit ce tissu adipeux qui entoure le rein. La capsule agit comme une barrière qui empêche toute inflammation de s'étendre au rein. On doit tenir compte de cette disposition particulière dans l'intervention chirurgicale, telle que la néphrorhaphie, la néphrolithotomie et la néphrotomie.

Le Dr *W. T. Oppenheimer*, de Richmond, montre des photographies d'un appareil pour le traitement des fractures du col chirurgical et du col anatomique de l'humérus.

Séance de l'après-midi.

Le Dr *Pancoast* rappelle les progrès qu'a faits l'anatomie du cerveau ; il passe en revue ses opinions personnelles au sujet de la localisation des lésions cérébrales, au sujet des relations des muscles avec les articulations qu'ils avoisinent, au sujet du peu de vitalité du cartilage articulaire, et au sujet de l'emploi de l'extension et de la contre-extension dans les arthrites. Il croit qu'il n'existe que quatre os dans le métacarpe, que les aponévroses profondes agissent non seulement comme protecteurs mais aussi comme ligaments. Il parle ensuite des fractures de la tubérosité bicipitale. Il trouve que l'expression *anastomose* ne doit s'appliquer qu'au système vasculaire, etc., etc.

Le Dr *Albert B. Strong* fait une communication sur *Les sections du bassin de l'homme*, montrant les rapports du péritoine au rectum, à la vessie et à la ligne médiane de la paroi abdominale, surtout dans ses relations avec la cystotomie supra-pubienne.

Le Dr *F. C. Schaefer*, de Chicago, lit un article intitulé : *Considérations anatomiques suscitées par la perte du cuir chevelu en entier, d'une oreille et de la plus grande partie des paupières.*

Il obtient la guérison par la greffe cutanée.

Mercredi 7 septembre. — Séance du matin.

Le Dr *Joseph N. Dickson*, de Pittsburg, lit un mémoire intitulé : *Considérations anatomiques sur l'amputation et la désarticulation de la cheville par une méthode nouvelle.*

Il fait son incision antérieurement à celle de Syme. L'opération a des avantages, car elle donne un long lambeau plantaire, la division oblique des malléoles et la préservation de la bourse séreuse située entre le tendon d'Achille et la tête du calcanéum. Les malades guérissent en moyenne au bout de vingt-et-un jours.

Séance de l'après-midi.

Le Dr *H. C. Boenning*, de Philadelphie, fait une communication sur *La destruction des débris anatomiques provenant des salles de dissection.*

Les méthodes ordinaires coûtent cher et donnent beaucoup de peine. Il a trouvé la solution du problème dans l'emploi du fourneau de Gregory.

Puis le Dr *Boenning* présente : *Une anomalie anatomique.* Absence entière de la crosse de l'aorte chez une négresse.

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE

Lundi 5 septembre. — Séance de l'après-midi.

Le président, le Dr *J. J. Chisholm*, de Baltimore, fait allusion aux diverses opérations de l'ophthalmologie ; il passe en revue les affections microbiennes de l'œil, et discute les relations intimes qui existent entre certains réflexes obscurs et certaines affections de l'appareil visuel.

Le Dr *A. Mooren*, de Dusseldorf, fait une communication sur *Les Désordres de la vision dans leurs relations avec les affections des lobes occipitaux.*

Après avoir cité les recherches de Huguenin, Munk, Hirschberg, Pooley, Pflüger, Hughlings-Jackson, Gowers et autres, il donne l'analyse de 42 observations personnelles.

Le sens de la couleur est localisé dans la partie la plus superficielle de la substance grise du lobe occipital ; au-dessous se trouvent successivement les centres pour la vision et pour la lumière.

Les Drs Gradle et Chisholm citent des observations qui confirment les vues du Dr Mooren.

Le Dr *Ole Bull*, de Christiana, lit un travail qui a pour titre : *Les altérations pathologiques des vaisseaux de la rétine.*

Il a vu 18 cas de maladies des vaisseaux de la rétine sur 6,500 cas d'affections oculaires. Elles consistaient en embolies, en rétrécissements du calibre, en contractions spasmodiques des artères, en thrombus et en gommes.

Le Dr *Leartus Connor*, de Détroit, fait une communication sur : *L'eau chaude dans le traitement des maladies des yeux.*

Elle entretient l'alimentation des tissus et favorise l'élimination des produits morbides. Elle constitue un agent thérapeutique puissant dans les conjonctivites, les kératites, les iritis, etc.

1° Elle produit une contraction des vaisseaux de l'œil et des tissus avoisinants.

2° Elle enlève et détruit les sécrétions et excrétions morbifiques.

3° Elle donne lieu à une activité saine dans les tissus de réparation.

4° Elle soulage la fatigue et le spasme musculaires.

Le Dr Abadie, de Paris, trouve que l'on a exagéré les avantages de l'eau chaude, qui n'est plus employée dans les ophthalmies purulentes et dans les kératites; elle soulage l'iritis, il est vrai, mais la morphine, les sangsues, le salicylate de soude, etc., donnent le même résultat.

Mardi 6 Septembre. — Séance du matin.

M. *Henry Power*, de Londres, lit un mémoire intitulé : *Des microbes dans le développement des maladies des yeux.*

L'auteur passe en revue les recherches de Pasteur et de ceux qui le suivirent dans la découverte de la nature et du mode de propagation des microbes; il fait allusion aux expériences de Huxley et autres, qui démontrèrent que la présence de ces organismes engendrait la maladie, et la découverte du micrococcus de la syphilis et du gonococcus de l'ophthalmie. Le chalazion, l'orgeolet, la blépharite ciliaire, la conjonctivite purulente, la kérato-iritis, la névrite optique sont d'origine microbienne.

Le micro-organisme peut agir de trois manières :

1° Il pénètre dans les tissus et les prive de l'alimentation nécessaire à leur développement.

2° Il s'approprie tout l'oxygène, ou

3° Il peut engendrer des ptomaïnes.

Les tissus, à l'état normal, peuvent résister aux attaques des microbes ordinaires que nous trouvons dans l'air des grandes villes; la fatigue et la cachexie peuvent leur fournir un terrain où ils se développent avec facilité. Il en conclut qu'il faut éviter tout ce qui peut nuire à l'état général du malade et l'éloigner des centres de population. Il rappelle que sur mer, à une certaine distance de la terre, l'air ne contient pas de microbes.

Le Dr *P. D. Keyser*, de Philadelphie, fait une communication sur *Le traitement opératoire de la synéchie postérieure.*

L'adhérence présente d'autant plus de danger qu'elle est plus ferme. Elle donne lieu à des attaques répétées d'iritis, des adhérences nouvelles se forment; il peut se développer des désordres sympathiques dans l'autre œil. Lorsque le centre de la capsule est transparent, il ne conseille pas de reséquer une partie de l'iris. La méthode de Streatfield est la meilleure.

L'auteur montre un crochet très délicat, qui est une modification de l'instrument de Weber; il l'introduit par une ouverture aussi petite que possible faite avec une aiguille tranchante.

VARIÉTÉS

La pratique de la médecine en Allemagne et les mariages des médecins.

Un médecin américain, le Dr Senn, voyageant en Europe, publie ses appréciations sur la médecine et les médecins dans le vieux monde. Nous empruntons à la *Province Médicale* une partie de cette relation qu'on lira certainement avec intérêt.

En arrivant à Munich je me crus revenu au temps où je suivais dans cette ville les cours de l'Université, en 1878. Pendant toute une semaine que j'y restai, un grand nombre de cas intéressants me furent présentés par le professeur Nussbaum, mon premier maître de chirurgie, et par les professeurs Winckel et Angerer. L' « Hôpital général » n'a subi depuis mon dernier séjour aucun changement en bien. Actuellement l'Université de Munich compte 1,100 étudiants en médecine.

Lorsqu'on songe à la quantité d'Universités existant en Allemagne, lorsqu'on connait le nombre, la plupart du temps considérable, des élèves attachés à chacune d'elle, on se demande avec inquiétude ce que vont devenir tous ces jeunes gens, une fois leurs grades obtenus. D'ores et déjà le pays est plus que suffisamment pourvu en médecins, et il est fort difficile de prévoir comment ceux-ci pourront vivre, si leur nombre continue à augmenter dans de semblables proportions.

Vivement préoccupé de la situation alarmante créée par le nombre exagéré des élèves qui s'engagent au sortir des gymnases dans la profession médicale, le gouvernement allemand s'efforce de diriger la jeunesse vers d'autres carrières, et, dans ce but, le publicisme est spécialement désigné comme manquant de sujets. Le professeur Hegar, de Fribourg, m'avouait, il y a quelques jours encore, que si un changement radical ne s'effectuait dans cet ordre de choses, la profession médicale ne tarderait pas à devenir un véritable « prolétariat ». C'est un fait bien connu que dès maintenant, dans quelques villes du pays, des docteurs font des visites et se chargent même de fournir les médicaments nécessaires, le tout pour 1/2 mark. Un vulgaire « garçon de service » auquel vous offririez moins pour porter votre valise de la gare à l'hôtel, vous toiserait d'un air dédaigneux. Certes, il ne manque pas en Amérique de médecins à bon marché, mais leurs honoraires sont vraiment éblouissants en comparaison de ce taux misérable.

Cependant, il est fort à craindre qu'on en vienne chez nous à de semblables extrémités, si l'on ne prend promptement des mesures

pour prévenir l'encombrement, par exemple, en élevant les conditions d'entrée dans les écoles de médecine, ou en augmentant les difficultés des examens du doctorat. Rien de tel qu'une pareille surabondance pour annihiler bien vite, dans l'esprit du public, le prestige de la profession. Or, dans la lutte pour l'existence, chacun doit mettre en usage les moyens qui lui paraissent le plus efficaces

C'est presque une mode parmi les médecins européens de se mettre par un riche mariage à l'abri des coups de la misère. Pas plus au point de vue social qu'au point de vue professionnel cette façon d'agir n'est avantageuse, car la fortune ainsi acquise entraîne avec elle des obligations en opposition formelle avec les devoirs de l'homme de science soucieux d'avancer dans sa carrière. Il est bien rare de voir parmi les plus éminents de sa profession celui qui tire sa richesse d'une origine autre que ses propres œuvres. Mieux vaut pour un homme rester pauvre toute sa vie, et travailler avec conscience et ténacité pour le progrès de la carrière qu'il a choisie, que passer son temps dans la dissipation continuelle à laquelle nous obligent si souvent le caractère d'une femme riche et le contact de sa nombreuse parenté. Qu'on voit rarement une femme riche avoir assez de bon sens pour tenir à honneur de contribuer par ses encouragements à la gloire scientifique de son mari! Elle met généralement ses intérêts partout ailleurs que là. Trop souvent hélas! sa plus grande, qui sa seule ambition, c'est de devenir une figure en vue dans la société, et comme elle ne peut aller seule ni aux bals, ni aux réceptions, ni aux spectacles, voilà son mari forcé de l'accompagner, car il l'a prise pour son argent, et c'est bien le moins qu'il la rende heureuse! A ce train-là, six jours sur sept sont dépensés en pure perte, et pendant ce temps, les livres et les journaux de médecine (si toutefois l'on garde encore quelque argent pour ces objets) dorment ensevelis sous la poussière.

Ce tableau n'est point exagéré; vous pouvez vous en rendre compte dans notre propre cité, où un grand nombre de docteurs très riches, auxquels il serait certainement possible de parvenir aux premières places parmi leurs confrères, restent cependant inconnus en dehors du petit cercle d'amis et de connaissances dans lequel leur fortune seule leur donne droit d'entrée. La science marche à grands pas, si bien que ses fidèles ne peuvent avoir un instant à consacrer aux plaisirs incertains du monde. Il ne faudrait admettre dans nos rangs que ceux qui, possédant, avec des aptitudes spéciales, un dévouement sans borne pour la médecine et les sciences naturelles, brûlent du désir de contribuer à leurs progrès; ce serait le seul moyen de maintenir l'intégrité et la bonne réputation de notre profession.

NÉCROLOGIE

Le Dr FONTROBERT (de Lyon), décédé à l'âge de 42 ans.

Le Dr LEGROS (Théophile), d'Argentan (Orne).

Le Dr DELACROIX (L.-R), de Châlon-sur-Marne (Marne).

Le Dr FLAMANT, de Rilly-la-Montagne.

Le Dr DE GAULEJAC (Jean), d'Agen, ancien interne des hôpitaux de Paris (1861).

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

2e *Corps d'armée.* — Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Peaucellier, chef de clinique à l'hôpital civil d'Amiens. — M. Hache, chef de clinique à l'hôpital de la Charité, à Paris. — M. Babinsky, chef de clinique à la Salpêtrière.

3e *Corps d'armée.*—Au grade de médecin-major de 2e classe: M. Vallon, médecin de l'asile de Villejuif.

6e *Corps d'armée.* — Au grade de médecin-major de 2e classe: M. Etienne, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy. — M. Schull, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy. — M. Knœpfler, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de Nancy. — M. Haushalter, chef de clinique à la Faculté de Nancy.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Held, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

8e *Corps d'armée.* — Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Broussolle, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon.

11e *Corps d'armée.* — Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Gramond, professeur suppléant de chimie et matière médicale de la Faculté de Caen.

18e *Corps d'armée.*— Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Artigalas, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Dallidet, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — M. Rivière, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux. — M. Loumeau, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux. — M. Denucé, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux.

19e *Corps d'armée.* — Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Rivals, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Lévy, chef de clinique à l'Ecole de médecine d'Alger. — M. Salièges, médecin de l'hôpital civil de Mustapha. — M. Merz, chirurgien de l'hôpital civil de Mustapha. — M. Hugounenq, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — *Règlement du concours du 7 novembre*

prochain. — Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance, tirés au sort, et dont les fonctions seront obligatoires. Ils devront avoir au moins six années d'exercice.

Les épreuves comprendront :

1° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance avec formule ; les malades, choisis dans un hôpital avant la séance, seront tirés au sort par les candidats, qui auront 10 minutes pour l'examen, 5 minutes pour l'exposition orale du diagnostic et 10 minutes pour la rédaction de l'ordonnance avec formule (nombre de points 25) ;

2° Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale : question commune à tous les candidats ; une demi-heure est accordée au candidat pour la rédaction de cette consultation (15 points) ;

3° Appréciation des titres antérieurs (10 points).

Les épreuves seront publiques.

L'Erudition allemande. — « Le *Lyon médical* rapportait dernièrement la bévue dans lequel un de ses contemporains allemands était tombé, en prenant le titre d'un article pour le nom de l'auteur qui l'avait écrit. Nous pouvons attirer aujourd'hui son attention sur une méprise analogue dont son propre texte a fourni l'occasion. Le *Lyon médical* du 20 mars contenait un article du Dr Louis Hugounenq, intitulé : Sur la présence dans le sang et dans l'urine de certains diabétiques d'une nouvelle substance lévogyre. Dans le *Deutsche medizinal Zeitung* du 15 août, se trouve une analyse de cet article, dans laquelle l'adjectif *lévogyre* est traduit constamment comme s'il était un substantif, et le nom que l'auteur français eut donné à un corps nouveau. » (*New-York med. Journal*, 3 septembre 1887.)

Bulletin de la mortalité *du* 18 *au* 24 *septembre* 1887. — Fièvre typhoïde, 31 — Variole, 3. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8 — Diphtérie, Croup, 15. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 15. — Tumeurs cancéreuses et autres, 42.

Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 36. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 46.

Bronchite aiguë et chronique, 40. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 34.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 94.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 132. — Causes inconnues, 5.

Nombre absolu de la semaine : 787. — Résultat de la semaine précédente : 893.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 116 Mardi 4 Octobre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA CHARITÉ.
M. SEGOND, SUPPLÉANT LE PROFESSEUR TRÉLAT.

—

De l'uréthrotomie externe.

Messieurs, nous allons opérer aujourd'hui un malade de 31 ans que vous avez vu dans le service ; c'est un homme petit et blond, qui s'est toujours bien porté. Il n'a pas non plus d'antécédents héréditaires. Il a bien eu autrefois une chaudepisse, mais elle n'avait été suivie d'aucun accident notable.

En mai 1886, il fit une chute à califourchon sur une planche placée de champ. Il y eut immédiatement des accidents douloureux très intenses; mais l'uréthrorrhagie et la rétention ne survinrent que le lendemain. Il se produisit également des ecchymoses au périnée et sur le scrotum, mais *pas de tumeur périnéale.*

Il entra le jour même à l'hôpital. Comme il n'y avait pas de tumeur périnéale, on temporisa, et l'interne de garde fit des tentatives de cathétérisme. Mais, connaissant le danger de la violence en pareil cas, il agit fort prudemment et ne put passer. Bien lui en prit, car les bains suffirent à rétablir la miction.

Le malade quitta l'hôpital au bout de dix-huit jours (au commencement de juin) avec la conviction qu'il était guéri.

Il s'observa sans doute peu par la suite : car ce n'est qu'un an après, en mai 1887, qu'il déclare avoir vu survenir des phénomènes de gène du côté de la miction, phénomènes qui allèrent en croissant jusqu'au 1er septembre. Il y a eu depuis un commencement d'atteinte sur l'état général au point de vue de la nutrition, mais pas de complications rénales ou autres. L'urine n'est pas purulente.

En somme, il s'agit d'un cas classique de rétrécissement traumatique bulbaire. La marche, ce qui n'est pas ordinaire, a été lente, parce que le traumatisme n'a pas été grave; on sait qu'il n'y avait

pas de tumeur périnéale : c'est donc par l'étendue restreinte de la déchirure qu'on doit expliquer la lenteur de la marche.

Messieurs, l'uréthrotomie externe trouve son indication dans trois cas :

1° Rupture traumatique de l'urèthre, avec nécessité d'une opération d'*emblée*.

2° Rétrécissements compliqués de fistules; on ne doit alors y avoir recours que lorsque la dilatation et l'uréthrotomie interne ont échoué.

3° Rétrécissements infranchissables.

C'est à ce dernier cas que nous avons affaire.

Le malade est entré le 1er septembre; nous avons fait depuis, mon interne et moi, de nombreuses tentatives de cathétérisme, toujours sans succès.

En outre, à la suite de ces séances, notre malade a pris la fièvre, et il atteint un jour 39°7, d'où la nécessité absolue d'abandonner ce traitement et de recourir à l'uréthrotomie externe.

C'est cependant dans ce troisième ordre de cas qu'existe surtout la controverse entre les chirurgiens. Un certain nombre d'entre eux déclarent que les rétrécissements infranchissables n'existent pas et M. Després n'a pas hésité à imprimer *qu'il n'y avait de rétrécissements infranchissables que parce que les chirurgiens ne savaient pas les franchir*. Cependant des hommes tels que Ricord, Guyon, Sédillot ont trouvé des rétrécissements infranchissables. Il y a d'abord de véritables *obturations* de l'urèthre, à la suite de traumatismes. Ici l'infranchissabilité est mathématique et ne peut être discutée.

Mais en outre, il est des cas, discutables ceux-là, et qui se répartissent en trois groupes :

1° Dans le premier, le rétréci ne pisse pas.

2° Dans le deuxième, il y a des lésions rénales très avancées.

3° Dans le troisième, la miction est possible.

1° On connaît les symptômes qui se présentent dans le premier cas : phénomènes graves; rétention d'urine; vessie gonflée; douleurs atroces; impossibilité du cathétérisme.

Que faire ici ? On peut pratiquer la ponction sus-pubienne qui est inoffensive et donner un petit délai. Mais ensuite, on n'a d'autre recours que l'uréthrotomie externe.

Quant aux opérations pratiquées autrefois, et qui se résument dans le cathétérisme forcé, elles sont déplorables et doivent être absolument abandonnées.

2° Dans le cas de lésions rénales très avancées, le malade est perdu et nous ne pouvons songer à guérir ces lésions. Mais il ne peut pas pisser : en établissant le cours de l'urine et lavant la vessie, nous

pouvons prolonger la vie d'une façon souvent inespérée. Ce sont là ce qu'on peut appeler des rétrécis *pressés*. Or, nous ne pouvons les soulager rapidement que par l'uréthrotomie externe.

3° Dans le troisième groupe, le malade pisse, mais le rétrécissement ne peut être franchi. C'est ici que la discussion devient vive.

D'après Bœckel, il faut faire pendant trois mois des tentatives de cathétérisme, s'acharner à tous les procédés et chercher à passer. Mais, si au bout de ce temps tous les efforts ont échoué, c'est que le rétrécissement est définitivement infranchissable.

On comprend tout ce qu'a d'élastique ce délai de trois mois. En définitive, il faut dire : tant que le malade se porte bien, tant que sa patience et la vôtre ne sont pas à bout, essayez le cathétérisme.

Mais cette temporisation n'est pas toujours possible. C'est ce qui nous arrive dans le cas actuel. En effet, il peut se produire ceci : que le cathétérisme est suivi un jour d'un frisson. Puis, le frisson se reproduit à chaque tentative. Or, d'après Guyon et Ollier, c'est là une indication formelle qu'il faut cesser tout essai de cathétérisme ; il faut donc en arriver à l'uréthrotomie externe, pratiquée *sans conducteur*, cela va de soi.

Arrivons donc au *Manuel opératoire*. Je vais vous l'exposer en peu de mots :

Le malade sera rasé, nettoyé, etc. Le chirurgien, les aides, les instruments seront rendus aseptiques. Le malade sera placé dans la position de la taille; puis un cathéter courbé, cannelé sera introduit dans l'urèthre, jusqu'à ce qu'il vienne buter contre le rétrécissement. On incise alors sur la ligne médiane jusqu'à la rainure du cathéter. On ponctionne l'urèthre; on passe dans les deux lèvres de la solution de continuité deux aiguilles enfilées d'un long fil, que l'on confie à deux aides. On voit alors bailler l'urèthre, et il s'agit d'aller à la recherche du noyau fibreux et du bout postérieur.

C'est là la partie délicate de l'opération.

On a vu des chirurgiens y passer quatre heures, quelquefois sans pouvoir aboutir. Quand on y est parvenu, on fend le noyau fibreux, et on place une sonde à demeure.

Les cas où l'on ne peut trouver le bout postérieur ont donné naissance à divers expédients. Le meilleur est sans contredit le *cathétérisme rétrograde :* on fend la vessie au-dessus du pubis et par cette voie, on introduit une sonde dans l'urèthre.

Une fois la sonde passée, l'urèthre se reconstitue autour d'elle par bourgeonnement, et la guérison est obtenue, à la condition que le malade continue, en se sondant, l'œuvre que vous avez commencée.

La chirurgie antiseptique devait chercher à faire mieux encore, et à remplacer cette reconstitution de l'urèthre par la suture et le

réunion immédiate. C'est ce qui est arrivé. Daniel Molière (de Lyon) a le premier essayé cette méthode.

La réunion par première intention a été rarement obtenue d'une façon absolue, en ce sens qu'il est presque toujours resté des fistules qui ont persisté pendant cinq, six et sept semaines. Néanmoins cette méthode s'est montrée bien supérieure à l'ancienne. Cette question a été discutée récemment à la Société de chirurgie. MM. L. Championnière et Le Dentu se sont montrés très partisans de la réunion immédiate. Je l'ai moi-même tentée à deux reprises, mais sans succès.

Je vais néanmoins l'essayer encore aujourd'hui. Je laisserai un drain, et me tiendrai prêt en cas d'accident à faire sauter la suture.

Il est bien entendu que si l'on adopte la méthode nouvelle, il ne faut pas se contenter de fendre le rétrécissement, pour réunir les deux bouts : le rétrécissement se reproduirait fatalement, si vous laissiez le tissu malade. Il faut faire une ablation complète du nodus calleux et de l'urèthre qui le traverse, et ne réunir que des tissus sains. On doit avoir soin de ne pas comprendre la muqueuse dans la suture.

Il y a d'ailleurs trois manières de procéder :

1° Ne suturer que le périnée.

2° Ne suturer que l'urèthre.

3° Suturer l'urèthre d'une part, le périnée de l'autre.

C'est à cette dernière opération pratiquée par Le Dentu et préconisée par Terrier, que j'accorderai la préférence comme étant la plus complète et la plus rationnelle. L. Greffier.

MEMENTO PRATIQUE

Emplois thérapeutiques du menthol. (Extrait). Russel a appelé l'attention sur les propriétés antiphlogistiques du menthol, qui diminue beaucoup la douleur, les démangeaisons. Ce point n'a pas été encore complètement élucidé.

On l'emploie plus communément sous forme de cône : ses solutions, ses pommades ont probablement moins d'effets.

Macdonald employait une dissolution alcoolique à 10 0/0. Steward dissolvait le menthol dans le bromure d'éthyle. La formule suivante peut être donnée pour les pommades.

Menthol..........................	1 partie.
Huile d'olive....................	1/2 »
Lanoline.........................	2 1/8 »

C'est là pommade contre la migraine.

Pour certains usages, tels que les applications sur les muqueuses, la formule suivante, qui donne un produit semi-liquide, est fort utile :

Menthol	1	partie.
Huile d'olive	3	—
Lanoline	6	—

Dans le traitement des brûlures on peut, au lieu de pommades, employer la lotion suivante :

Menthol	1	partie.
Huile d'olive	9	—
Eau de chaux	10	—

On peut aussi ajouter le menthol aux emplâtres.

Dans la carie dentaire on place un petit cristal sur la partie cariée ou un mélange de parties égales de menthol et d'hydrate de chloral. Le mélange est liquide comme celui qui renferme du camphre et du chloral. On peut aussi saturer de ce mélange une boulette de coton et la tasser dans la partie cariée.

Rabon recommande le menthol prisé dans le traitement du coryza. L'effet local anesthésique du menthol est moins marqué que son action analgésique.

Il est indiqué comme antispasmodique, comme sédatif et pour diminuer l'irritabilité nerveuse.

On connaît peu de chose de l'influence du menthol sur les sécrétions. Schmitz affirme qu'il stimule les nerfs de la sécrétion et qu'il est indiqué dans les troubles de l'estomac et de l'intestin avec indigestions, dans les catarrhes pulmonaires chroniques avec sécrétions tenaces.

Pour l'usage interne, les pilules de menthol peuvent prendre la forme suivante :

Menthol	2	grammes.
Sucre blanc } Gomme arabique }	à. à. 1	gramme.
Eau distillée	Q. S.	

Pour 20 pilules qu'on recouvre de gélatine ; on mélange le menthol avec le sucre, on l'humecte d'alcool et on agite la masse jusqu'à ce que l'alcool soit évaporé. On ajoute alors la gomme, et on piste au mortier jusqu'à ce qu'on ait obtenu une masse à laquelle on donne la forme pilulaire avec une petite quantité d'eau, quelques gouttes seulement. Chaque pilule renferme 10 centigrammes de menthol, dont on peut administrer, sous cette forme, des doses élevées sans déterminer dans l'estomac de sensation de chaleur.

(*Nouv. Rem.*)

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

SECTION DE MÉDECINE.

Mercredi 7 septembre. — Séance de l'après-midi.

Le Dr John *W. Ouchterlony*, de Louisville, lit une étude sur l'*Histoire naturelle des maladies.*

Le Dr *T.-D. Crothers*, de Hartford, présente un mémoire intitulé : *De l'alcoolisme et de son traitement.*

1° Certaines conditions d'hérédité, certains chocs physiques et psychiques sont suivis d'alcoolisme dans beaucoup de cas.

2° La maladie est souvent précédée d'altérations anatomiques et fonctionnelles du cerveau.

3° Certaines organisations cérébrales mal équilibrées, des arrêts de développement du cerveau, etc., constituent des causes apparentes dans beaucoup de cas.

4° Certaines maladies semblent avoir une tendance à se transformer en alcoolisme sans cause excitante.

Il rappelle combien les symptômes de l'alcoolisme sont uniformes.

Comme traitement, l'auteur conseille l'incarcération des malades dans un hôpital dirigé militairement.

Le Dr *Cisna,* de Pennsylvanie, lit un mémoire sur *La fièvre typhoïde.*

Jeudi 8 septembre. — Séance du matin.

Le Dr Ephriam *Cutter*, de New-York, lit un mémoire intitulé : *La morphologie du sang chez le rhumatisant.*

Le Dr Mariano *Semmola,* de Naples, fait une communication sur *La pathogénèse de l'albuminurie.*

Le Dr R. Singleton *Smith*, de Londres, lit ses *Notes sur le traitement de la phthisie, surtout par la méthode des injections intra-pulmonaires.*

Il croit au succès d'une médication qui cherchera la destruction directe du bacille. Il a essayé les injections gazeuses du rectum sans aucun succès.

L'iodoforme est la meilleure substance pour injections dans le parenchyme pulmonaire, car son administration interne dans les affections des poumons cause une augmentation dans le poids, une amélioration de l'appétit et une diminution de la température. La vérité de ces assertions est prouvée par une série d'expériences faites au sujet de cet agent thérapeutique, qui fut proposé en 1878 par le

professeur Semmola, et présentées au Congrès International de 1884. Le résultat clinique est le seul que nous cherchions; nous ne tiendrons donc pas compte des objections qu'on a faites à l'iodoforme, à cause de son pouvoir germicide relativement faible.

La grande difficulté est d'arriver à le dissoudre ; l'éther produit des troubles cérébraux qui effraient le patient et le découragent à se remettre fréquemment aux injections. L'eucalyptol est irritant ; on cite deux cas où il aurait engendré une attaque de pleurésie aigüe. L'huile de vaseline seule, ou en combinaison avec l'eucalyptol, a été aussi employée. La question est loin d'être résolue. Il déconseille l'emploi de solutions contenant de l'iode ou du bichlorure de mercure ; il fait l'essai sous-cutané du liquide qu'il se propose d'employer avant de pratiquer l'injection intra-pulmonaire.

Si l'iodoforme donne de bons résultats, administré intérieurement, il est évident qu'il en donnera de meilleurs encore s'il arrive au foyer du mal. Les injections ne présentent qu'un danger relatif, car même les pleurésies qu'elles causent guérissent très rapidement. Cependant l'auteur ne conseille pas leur emploi dans les cas désespérés ou chez les malades dont les accidents cèdent à d'autres moyens plus simples.

Le Dr *Truax* n'a pas confiance dans l'iodoforme, il a cultivé des bacilles tuberculeux dans une solution iodoformée.

Séance de l'après-midi.

Le Dr *Pavy*, de Londres, fait une dissertation sur *Le Diabète.*

Le diabète a toujours été considéré comme une maladie obscure ; il présente, en effet, un champ d'investigation minutieuse et patiente. Il consiste en une assimilation défectueuse de la nourriture. Les aliments se divisent en azotés et graisseux ou hydrocarbonatés ; cette dernière classe nous intéresse surtout dans le diabète. L'amidon, la dextrine, les sucres de lait et de canne en sont les éléments principaux, et ce sont eux qui causent le diabète.

Le diabète est d'origine nerveuse, et il est bien établi que les influences nerveuses influent d'une manière très marquée sur l'état du malade.

L'urine doit être examinée immédiatement et l'analyse doit être quantitative pour que nous puissions nous rendre compte de la marche de la maladie.

Il faut recommander au malade de conserver l'urine du soir et celle du matin, car il se fait souvent qu'elle ne contienne de sucre qu'après l'ingestion d'hydro-carbures.

Le réactif le plus sûr est probablement la solution de Fehling, à laquelle on fait objection parce qu'elle donne souvent à l'ébullition

un précipité qui amène la réaction. C'est pourquoi le Dr Pavy se sert de tablettes qu'il peut faire dissoudre au moment où il veut s'en servir.

Lorsque nos malades viennent nous consulter, nous leur disons, grâce à l'analyse quantitative, ce qu'ils ont mangé, et nous pouvons le faire avec plus de sûreté en ayant recours à la méthode de la décoloration, qui se fait de la manière suivante :

On fait bouillir la solution de cuivre, et on verse l'urine d'une pipette graduée, goutte à goutte, jusqu'à ce que la solution ait perdu toute couleur. La quantité d'urine nécessaire pour décolorer une quantité donnée de solution nous indique la quantité de sucre qu'elle contient.

L'urine diabétique contient souvent de l'albumine qu'il faut rechercher avec l'acide citrique et le ferro-cyanure de sodium.

Le diabète varie en intensité; il se déclare d'abord par le fait d'une assimilation fautive; dans le cours de la maladie cependant les tissus eux-mêmes produisent du sucre.

L'âge a une influence très grande; 45 p. 100 des cas se trouvent entre les âges de quarante et de soixante ans. Le pronostic est grave chez les patients jeunes, qui meurent généralement en deux ans.

L'affection se déclare souvent d'une manière si bénigne qu'elle n'est pas diagnostiquée.

Dernièrement le Dr Pavy a observé des diabétiques qui avaient toute une série d'accidents ataxiques, qui sont probablement analogues à une névrite périphérique.

Chez les malades jeunes nous ne pouvons qu'enrayer le mal et non le guérir; il a une marche ressemblant à celle de l'atrophie musculaire progressive ou de l'ataxie locomotrice.

Nous pouvons faire beaucoup de bien au diabétique âgé, en lui indiquant un régime convenable, composé exclusivement de viande, d'œufs, de beurre, etc. Le pain d'amandes est le meilleur, ne contenant que 8 p. 100 de substance hydro-carbonatée.

Comme médicament le Dr Pavy administre l'opium, la morphine et la codéine, qui, croit-il, ont peut-être une influence spéciale sur la maladie.

Le Dr Stochmann lit un mémoire du Dr W. *Phillps*, d'Édimbourg, intitulé : *L'étiologie de la phthisie.*

Les ptomaïnes en sont les principaux facteurs étiologiques, car lorsqu'on en pratique l'injection chez les animaux, ces derniers présentent tous les symptômes de la maladie.

Selon l'auteur, l'atropine agit comme contre-poison,

Le secrétaire lit un article du Dr *Neftel* intitulé : *Quelques considérations sur la pathogénie des maladies des femmes.*

Les expériences tendent à démontrer que la compression du thorax donne lieu à la phthisie et à l'albuminerie, causée par la congestion veineuse.

Puis il fait allusion aux effets nuisibles qui découlent de l'usage des corsets et des bottines à hauts talons.

SECTION DE CHIRURGIE.

Mardi 6 septembre. — Séance de l'après-midi.

Discussion sur la *chirurgie abdominale.*

Le Dr *W. N. Hingston*, de Montréal, trouve que l'intervention opératoire est indiquée lorsque le trajet du projectile est incertain.

Quant à la communication du Dr Homan, il s'étonne qu'il ait eu 10 p. 100 de hernies ventrales ; il croit facilement que le Dr Homan n'a obtenu qu'une amélioration sur cinq opérations pour troubles nerveux.

Le Dr J. B. Murphy, de Chicago, remarque que l'on est quelquefois obligé de faire l'incision en dehors de la ligne médiane pour atteindre l'intestin.

Le Dr S. C. Gordon, de Portland, dit qu'il a vu trois hernies ventrales sur 80 cas. Il a opéré 38 fois pour hystérie, et 25 de ses patientes diront elles-mêmes aujourd'hui qu'elles sont guéries. Ce résultat ne correspond pas à ceux de beaucoup d'autres opérateurs.

Le docteur Cowden a souffert d'une invagination qui a été réduite sans opération.

Le Dr *Donald Maclean*, de Détroit, fait une communication sur « *Trois cas de maladie chirurgicale du rein*; compte rendu des opérations pratiquées pour obtenir leur guérison; leurs complications et leurs résultats. »

Le Dr *Marston* lit un mémoire de sir Thomas *Longmore*, de Netley, sur *La difficulté de fournir au soldat en campagne un pansement temporaire.*

La mesure fut prise pour la première fois, dans l'armée anglaise, pendant la guerre de Crimée (1854). Elle est maintenant adoptée dans presque toutes les armées européennes.

Le docteur *Neudorfer*, de l'armée autrichienne, lit un mémoire intitulé : *De l'état actuel de l'antisepsie et du meilleur mode de l'appliquer en temps de guerre.*

Le Dr B. A. *Watson*, de Jersey City, fait une communication sur *Le traitement immédiat des plaies par armes à feu.*

Le Dr Cullen fait remarquer combien il est difficile d'observer les règles de l'antisepsie sur le champ de bataille. Il recommande de

transporter les blessés le moins possible. Il considère que le sang que fournit la plaie est le meilleur antiseptique.

Le Dr Daniel *Smith Lamb*, de Washington, fait une communication sur *L'importance d'un code international pour le traitement médical des prisonniers de guerre*.

Mercredi 7 septembre. — Séance du matin.

Le Dr *Richardson* de Boston, fait une communication sur *La gastrotomie pour corps étrangers dans la gorge.*

Le Dr F. S. *Dennis*, lit un article intitulé : *Amputation de l'articulation coxo-fémorale pour sarcome.*

Les chirurgiens devraient faire le rapport de cas semblables avec le résultat, car sur vingt-huit observations il n'en a trouvé que deux où les malades soient encore vivants.

Le Dr *Garmody*, de New-York, fait une communication sur *Le traitement chirurgical de l'aliénation d'origine traumatique par la trépanation.*

Jeudi 8 septembre. — Séance du matin.

Le Dr *Richardson*, de Saint-Louis, lit une *Observation de gastrotomie pour corps étrangers fixés dans la gorge.*

Séance de l'après-midi.

Le Dr Robert *Newmann*, de New-York, fait une communication sur l'emploi de *La sonde galvano-cautère.*

Elle est surtout utile dans l'hypertrophie de la prostate. On doit en faire usage dans des intervalles de trois à six jours, le cautère n'étant pas chauffé tout à fait au rouge. Il ne se produit ni hémorrhagie, ni septicémie.

Le Dr *Carnochan*, de New-York, présente une pièce curieuse qui montre *L'union osseuse du col du fémur à l'intérieur de la capsule*, chez une femme de soixante-dix ans.

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE

Mardi 6 septembre. — Séance de l'après-midi.

Le Dr *A. Mooren*, de Dusseldorf, lit un mémoire qui a pour titre : *La méthode la plus simple pour l'extraction de la cataracte.*

Depuis 1855, il a fait l'opération 5,019 fois. Il n'a pas inventé d'instrument nouveau. Les progrès qu'ont fait l'anesthésie et l'antisepsie font que l'habileté manuelle est un facteur de moins d'importance qu'il ne l'était autrefois. Il considère que la propreté et la désinfection sont identiques ; il évite même l'emploi de l'acide phé-

nique, à cause de ses effets irritants. Avant l'opération, il lave soigneusement la figure entière du malade, puis introduit dans l'œil quelques gouttes de solution de cocaïne. Immédiatement après l'opération, il nettoie la paupière avec une solution d'acide borique (3 pour 100). L'opération peut se faire sans écarteur, les seuls instruments nécessaires étant un couteau de Graefe et une pince à griffes pour fixer le globe. Il fait une incision inférieure et se sert du même couteau pour lacérer la capsule à travers la pupille qu'il a laissée intacte. Il enlève le cristallin en comprimant doucement, frotte la cornée avec la paupière fermée et se sert encore de sa solution boriquée. Puis il fait un pansement très simple et léger. Quand il existe de l'athérome avancé, il préfère pratiquer l'iridectomie, car il pourrait se développer un leucome ; dans ces cas, M. Mooren fait une iridectomie supérieure. Il se sert quelquefois d'un bistouri en forme de lance pour faire son incision et pour ouvrir la capsule. L'iris fait rarement protrusion. Il n'hésite du reste pas à en faire la résection. Dans les cas non traumatiques, ce procédé donne presque toujours de bons résultats. Il le modifie lorsque la cataracte a un grand noyau dur; si le cristallin contient un corps étranger, il fait l'iridectomie, afin d'éviter qu'il ne tombe dans la cavité oculaire par les contractions de l'iris.

Le Dr *N. Manolescu*, de Bucharest, fait une communication sur : *L'extraction de la cataracte sans iridectomie, comparée à l'extraction avec iridectomie.*

Dans ses opérations simples, il a eu du prolapsus de l'iris et d'autres complications provenant de la difficulté qu'il éprouvait à bien nettoyer la chambre; il croit que la double opération est plus sûre.

Il se sert d'une solution de sublimé, de pinces à griffes pour la lacération de la capsule antérieure, et fait l'occlusion de la plaie avec une spatule en caoutchouc. Il fait un pansement ferme, hermétiquement clos, qu'il change de bonne heure.

NÉCROLOGIE

Un chirurgien allemand très connu, le professeur Von LANGENBECK, ancien chirurgien particulier de l'empereur Guillaume, vient de mourir à Wiesbaden.

Le Dr BIGOURDAN, maire de Brionne (Eure), président du syndicat médical de l'arrondissement de Bernay.

NOUVELLES

HOPITAUX ET HOSPICES DE BORDEAUX. — *Concours pour deux places de chirurgien-adjoint.* — Les épreuves de ce concours auront lieu le 6 décembre. Elles comportent, comme à l'ordinaire : 1° une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe, d'une durée d'une heure, après une heure de réflexion ; 2° une épreuve écrite sur un sujet de chirurgie ; six heures sont accordées pour cette épreuve ; 3° un examen clinique de deux malades avec dissertation, la durée de cette épreuve est d'une heure ; 4° une épreuve pratique de médecine opératoire d'une durée d'une demi-heure. Les candidats devront se faire inscrire avant le 22 novembre. — *Concours pour onze places d'interne titulaire et dix places d'externe titulaire.* Le concours pour les places d'interne titulaire aura lieu le lundi 10 octobre 1887, à quatre heures. — Le concours pour les places d'externe titulaire aura lieu le mardi 11 octobre 1887, à quatre heures. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 8 octobre.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — La Société protectrice de l'enfance met au concours les questions suivantes, qui comportent chacune un prix de 500 francs ; I. Question pour 1887 : Exposer, en se fondant sur des observations personnelles, et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. II. Question pour 1888 : Du coryza chez les enfants du premier âge.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avec devise et sous pli cacheté, avant le 1er novembre 1887 pour la première question, et avant le 1er novembre 1888 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

NOUVEAU JOURNAL. — Pour paraître tous les deux mois à partir du 11 octobre 1887, par fascicules de 48 pages, les *Archives de laryngologie, de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives*, fondées et publiées par le Dr Albert Ruault, médecin-adjoint de l'Institution nationale des Sourds-Muets, chargé du service de la clinique laryngologique, avec le concours scientifique de MM. les professeurs Ch. Bouchard, V. Cornil, A. Verneuil et U. Trélat.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 117 Jeudi 6 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 5 octobre 1887.

L'Académie est revenue sur la discussion qui avait eu lieu dans la dernière séance à propos des ulcérations imaginaires de la langue. M. Hardy a fréquemment observé cette affection chez des syphilitiques qui avaient longtemps pris du mercure, mais, en outre, ces sujets sont généralement des névropathes. Quant au traitement, M. Hardy recommande l'arsenic, les alcalins, et comme traitement local l'acide phénique dissous dans la glycérine. M. Luys voit là également une affection à peu près spéciale aux névropathes, hypochondriaques ou paralytiques généraux. M. Besnier, enfin, termine cette discussion en disant que cette affection, décrite sous le nom de glossodynie, est beaucoup plus connue que ne le donnerait à croire la discussion de l'Académie.

M. Javal a fait une courte communication sur la myopie scolaire. On a pris, pour enrayer le développement de cette affection, toutes les mesures hygiéniques possibles ; les locaux sont mieux éclairés, les livres sont imprimés en caractères plus lisibles, le mobilier scolaire a subi de nombreuses et ingénieuses transformations, enfin, les oculistes font des efforts persévérants, mais infructueux, pour faire adopter l'écriture droite au lieu de cette écriture penchée que nous avons tous apprise, et qui est soutenue par toutes les forces accumulées de la routine. Toutes ces mesures sont excellentes mais ne suffisent point ; ce qu'il faudrait, en outre de ces mesures générales, ce serait la prophylaxie individuelle ; il faudrait que les parents, dès l'apparition de la myopie chez leurs enfants, les conduisissent chez un spécialiste pour les faire examiner et leur faire porter des verres appropriés, afin de s'opposer aux efforts d'accommodation et de convergence qui sont la cause de la myopie progressive. Ce serait assurément une bien belle chose que cette suppression radicale de la myopie dans les écoles, mais on trouvera sans doute que M. Javal en demande beaucoup.

Signalons encore dans cette séance la lecture, par M. Charpentier, d'un travail de M. Queirel, de Marseille, sur la conduite à tenir dans les positions occipito-postérieures, et la lecture, par M. le Dr Chauvel, de deux observations d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face.

— Nous allons terminer prochainement le compte rendu du Congrès international de Washington, pour commencer aussitôt après le résumé du Congrès d'hygiène de Vienne. Disons tout de suite que ce dernier Congrès a été un véritable succès pour la science française. Les cinquante-trois compatriotes qui nous représentaient là-bas, sans compter huit dames, ont fait adopter la plupart de leurs propositions. Enfin, contrairement au Congrès de Washington, qui a choisi Berlin pour le siège de la prochaine réunion, le Congrès d'hygiène a reporté sa prochaine session à Londres, en 1891, invitant par cela même les Français à faire un Congrès international d'hygiène à Paris en 1889. A. Ch.

Un cas d'anévrysme de l'aorte thoracique guéri par le courant électrique appliqué extérieurement,

Par S. Balp (1).

G. R., cocher, 59 ans, sans antécédents de famille, sans syphilis antécédente; il n'a eu aucune maladie grave, a fait sans inconvénient pour sa santé son service militaire dans la cavalerie, et ensuite est devenu cocher de maison bourgeoise. A 27 ans, il est tombé d'un deuxième étage sur les genoux : mais il s'en est peu ressenti et n'est resté qu'un jour couché. Comme tous les gens de sa profession, il a toujours aimé le vin et en a abusé; mais il buvait rarement de liqueurs alcooliques.

Sa maladie date d'avril 1885. Il a commencé par avoir une sensation de poids à l'épigastre, qui s'exacerbait vers le soir, et ne cessa pas en dépit du régime qui lui fut imposé pour régulariser ses repas et ses boissons.

Un mois après, il commença à ressentir la présence d'une tumeur pulsatile entre la quatrième et la cinquième côte, le long du bord droit du sternum. Le 14 mai 1885, il entre à l'hôpital.

J'ai vu ce malade au mois d'avril 1886. A l'examen, j'ai trouvé les artères temporales dures et tortueuses, ainsi que la radiale; la pulsation de droite est plus petite et ne paraît pas se produire dans le

(1) Traduit et analysé de la *Rivista clinica* de Bologne, juin 1887, p. 435.

même moment que celle de gauche, elle est irrégulière pour le rhythme et pour l'amplitude; sa fréquence varie de 70 à 75 à la minute. Respiration 54. Apyrexie absolue. Depuis longtemps, écoulement abondant de larmes, sueurs profuses dans le creux axillaire droit, avec température supérieure à celle de gauche. A droite, il paraît y avoir un certain degré de paralysie vaso-motrice.

A l'examen de la poitrine, on observe une tumeur peu volumineuse, mais très étendue, en rapport avec les quatrième et cinquième côtes, au bord droit du sternum; elle est animée de battements réguliers. Elle mesure 10 centimètres de hauteur sur 11 de largeur et a usé et incurvé les côtes. Du côté du cœur, signes de forte hypertrophie : bruit fort au premier temps à la pointe ; deux bruits au foyer d'auscultation de l'aorte, mais qui sont surtout forts au niveau du sac anévrysmal.

Le poumon gauche est normal; à droite, la respiration est affaiblie d'une façon générale, quoique l'on entende partout le murmure respiratoire. Au milieu environ de l'épaule droite, on note une matité qui s'étend à quelques centimètres lorsque la respiration est interrompue. Les vibrations thoraciques sont augmentées, et les bruits anévrysmaux fortement transmis. Les autres organes ne présentent rien de notable. Les urines sont suffisamment abondantes; elles contiennent de l'albumine en petite quantité et quelques cylindres hyalins.

Le malade se plaint de fortes palpitations et de dyspnée. Douleurs violentes au niveau de la tumeur lorsqu'il tousse ou éternue. Douleurs excessives à la pression au point de ne pouvoir supporter le contact de la chemise; impossibilité complète des mouvements du tronc et principalement du bras droit. Il lui est difficile et douloureux de parler à haute voix; il a des vertiges.

En tenant compte surtout du retard entre le cœur et la radiale droite, j'avais pensé qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte ascendante, intéressant également le tronc brachio-céphalique. L'autopsie a démontré que le diagnostic par rapport au siège de l'anévrysme était inexact.

Sur les conseils du professeur Bozzolo et du Dr Vandoni, j'essayai le traitement par la méthode de Galeazzi et Vizioli, à savoir : l'application externe de courants avec un pôle positif terminé par un large excitateur sur l'anévrysme, le pôle négatif placé sur un point indifférent du corps, et en employant des courants très forts.

1er *Avril.* — Première application électrique de dix minutes environ. On la répète pendant les jours suivants, une et ensuite deux fois par jour, en diminuant l'intensité du courant. L'amélioration fut rapide; les symptômes de douleur et d'anxiété disparurent, et à la fin du mois le malade quittait le lit.

Mai. — On continue le même traitement; application électrique deux fois par jour. Il faut noter à la date du 15 le retour des douleurs locales et un grand abattement. Cet état ne dura que quarante-huit heures. La douleur disparut par l'application du froid au point malade. A la fin du mois, le malade obtint une permission de sortie quotidienne, dont il profitait pour passer quelques heures hors de l'hôpital. On lui donnait à l'intérieur l'iodure de potassium à hautes doses.

Juin. — Applications électriques deux fois par jour, et iodure de potassium (4 à 8 grammes). Grande amélioration.

Juillet. — Suspension de l'iodure. Courants appliqués à des intervalles de trois à cinq jours, et plus forts que ceux que l'on employait deux fois par jour. État stationnaire.

Août et septembre. — On suspend les applications électriques et l'on donne l'iodure à la dose de 4 à 5 grammes par jour.

Octobre. — Les symptômes du début ont reparu, quoique sous une forme atténuée. On suspend l'iodure de potassium et l'on reprend l'usage des applications électriques, d'abord fortes et répétées deux fois par jour, ensuite plus faibles et pratiquées une seule fois. Le malade s'améliore rapidement.

Novembre. — On suspend encore les applications électriques. Les douleurs et la dyspnée reparaissent. Le malade éprouve cependant quelque soulagement des applications locales de pommade à la vératrine, et de la morphine à l'intérieur.

Décembre. — On reprend les applications électriques et les douleurs locales disparaissent comme de coutume. Mais la dyspnée persiste. Il faut noter toutefois l'apparition d'une névralgie des plus intenses du bras droit qui disparut par l'application locale du courant électrique au bout de quelques jours. Vers le milieu du mois, apparurent des symptômes de catarrhe bronchique diffus, des accès de dyspnée intenses, longs et fréquents, accompagnés de violentes palpitations. On tenta sans résultat les inhalations de nitrite d'amyle, de pyridine, la teinture de quebracho, le trinitrite de glycérine, la digitale, la convallaria, la caféine, etc. On obtint seulement un soulagement fugace par les injections hypodermiques de morphine.

Janvier. — En l'absence de courants électriques, l'état général empire; il survient des œdèmes des extrémités inférieures; la dyspnée est, pour ainsi dire, continue et rebelle à tout remède.

Février. — Il apparaît des crachements de sang et des symptômes d'infarctus hémorrhagique, puis un érysipèle sur les membres œdémateux; cet érysipèle prend la forme gangréneuse, et le malade succombe le 15 février 1887.

Durant le cours du traitement, on avait noté que la température

devenait égale dans les deux creux axillaires; que le pouls de droite était plus petit et la tension artérielle diminuée; tous ces phénomènes disparaissaient sous l'influence des courants électriques.

L'autopsie fut exécutée par G. Uffreduzzi; en voici les points principaux :

Plaques athéromateuses dans le cercle de Willis, assez nombreuses; léger degré d'œdème cérébral.

A l'ouverture du thorax, on note la présence d'une tumeur de la grosseur d'une orange moyenne, très adhérente au bord du sternum, au niveau de la quatrième et de la cinquième côte droite, et qui, soulevée, entraîne avec elle le péricarde et le cœur. De fait, cette tumeur est comprise dans le péricarde ; il y a une symphyse complète de celui-ci avec le cœur. Le cœur est d'un volume double de l'état normal; il est formé presque exclusivement par le ventricule gauche.

L'orifice aortique se montre légèrement dilaté, mais cependant sans insuffisance valvulaire. Les sinus de Valsalva, principalement l'interne et le postérieur, sont effacés et forment un tout continu avec la tumeur, laquelle s'appuie sur le ventricule droit qui a presque complètement disparu, et est réduit au cône de l'artère pulmonaire. En arrière, la tumeur adhère solidement au poumon.

En fendant l'aorte, on voit, à 2 centimètres au-dessus des valvules semi-lunaires, une large ouverture ovalaire longue de 5 centimètres et large de 3, circonscrite par un cercle fibreux et qui communique avec la tumeur. Celle-ci est complètement remplie par des coagulations fibrineuses très anciennes, d'une épaisseur de 3 à 4 centimètres, et disposées en couches stratifiées correspondant à la paroi thoracique. Toute l'aorte thoracique est fortement athéromateuse : les oreillettes sont libres, les artères coronaires saines, les orifices des veines-caves sont également libres. Le poumon droit tout entier est atélectasié et adhère fortement à la tumeur, dont on ne peut le détacher.

De l'autopsie résulte ce fait que l'anévrysme est depuis longtemps solidifié, fait prouvé par la disposition des couches coagulées, sous l'influence du courant électrique... L'anévrysme pouvait donc être considéré comme guéri, mais sa situation contre le ventricule droit, les adhérences qui le tenaient immobile, et la symphyse complète du péricarde qui le reliait au cœur, les adhérences avec la cage thoracique et avec le poumon, ont causé une grave altération dans la circulation du cœur droit, ce qui a produit la dyspnée et les symptômes d'asystolie qui ont tourmenté le patient pendant les derniers mois. Si on y ajoute l'atélectasie du poumon droit qui enlevait au patient une grande partie de son champ respiratoire, on se rend facilement compte de l'issue de la maladie.

L'infarctus hémorrhagique provient probablement de ce fait que la tumeur, par sa compression, avait déterminé la formation de quelque coagulation dans le ventricule droit, coagulum qui a été entraîné dans la circulation.

Un point intéressant, c'est le fait de la diversité de l'ampleur du pouls des deux radiales et le retard de la radiale droite sur la gauche, alors que le tronc brachio-céphalique n'était pas envahi. A part la question de l'influence que pouvait exercer sur la moindre amplitude du pouls droit la paralysie vaso-motrice ancienne, le retard peut s'expliquer en supposant que l'anévrysme diminuait la lumière du tronc brachio-céphalique par l'intermédiaire d'une portion de poumon atélectasié.

Il n'existait pas d'adhérences entre l'anévrysme et le tronc; celui-ci ne pouvait donc pas être tiraillé et oblitéré par suite de la diminution de volume de l'anévrysme, L. GREFFIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Le Dentu, Terrillon et Horteloup qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale ; 2° une lettre de M. le Dr Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, qui se porte candidat au titre de correspondant national.

DES ULCÉRATIONS IMAGINAIRES DE LA LANGUE. — M. *Hardy*, absent lors de la dernière séance, n'a pu prendre que par le Bulletin connaissance de la communication de M. Verneuil. Il croit, comme les membres de l'Académie qui ont pris part à cette discussion, que cette affection est plus commune que ne le pensait d'abord M. Verneuil. M. Hardy n'a pas remarqué que l'arthritisme eut une grande part dans sa production, mais il a trouvé cette affection assez fréquente chez les névropathes, de même il a vu assez souvent cette névralgie chez des syphilitiques qui avaient pris du mercure pendant plusieurs années. La rougeur de la langue et des gencives causée par le mercure peut disparaître et laisser place à une douleur persistante au même niveau.

Pour M. Hardy, c'est donc un accident nerveux, une pure névrose, une hyperesthésie qui peut être consécutive à une ancienne inflammation de cette région.

Quant au traitement, M. Hardy donne la préférence aux alcalins

à quelques préparations arsénicales et à des attouchements avec de l'acide phénique dissous dans la glycérine.

M. *Luys* a vu un certain nombre de ces malades. Ce sont, en effet, de véritables hypochondriaques. C'est là soit un symptôme prémonitoire de la paralysie générale ou un symptôme concomitant d'un état hypocondriaque.

M. *Besnier*. Cette maladie est un peu plus connue qu'elle ne semble l'être d'après la discussion de l'Académie. Elle est même décrite sous le nom de glossodynie.

VACANCE. — M. le président déclare une vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

DES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES, MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS NORMAUX ET RÉTRÉCIS. — M. *Charpentier* lit une longue observation de la part de M. le Dr Queirel, de Marseille. (Comm. MM. Guéniot et Charpentier.)

MYOPIE SCOLAIRE. — M. *Javal* veut dire à l'Académie ce qu'il pense au sujet de la myopie scolaire. On sait que, pour éviter le développement de la myopie scolaire, il faut éclairer suffisamment les écoles, donner un mobilier scolaire convenable et des livres écrits en caractères parfaitement lisibles ; enfin recommander l'écriture droite au lieu de l'écriture penchée. Malgré la mise en pratique de tous ces moyens, on voit encore la myopie se développer dans les écoles, et cela parce que la myopie naît de l'habitude de regarder de trop près. Toutes les fois qu'un parent a soin d'amener son enfant à un homme compétent dès le début de la myopie, la myopie s'arrête brusquement et complètement. Les mesures à prendre consistent à empêcher les myopes de faire des efforts d'accommodation.

Il ne faut pas conclure de là que la myopie disparaîtra complètement des écoles ; il faudrait d'abord que ces conseils fussent demandés et suivis. M. Javal, en expérimentant dans son laboratoire la règle optométrique de Bull, a fait cette remarque que l'amplitude d'accommodation est faible dans les cas où la myopie est progressive et qu'elle est grande au contraire dans les cas où la myopie est stationnaire. On voit ainsi, au moyen de cet optomètre, quels sont les jeunes gens chez lesquels il faut surtout prendre des précautions. Voici maintenant une vue purement théorique de M. Javal.

Les choses se passent dans l'œil comme s'il y avait pour l'accommodation deux mécanismes : un mécanisme d'accommodation transitoire par le cristallin, c'est celui des auteurs, et un mécanisme d'élongation permanent qui est la cause de la myopie.

M. *Verneuil* lit de la part du Dr Diday, de Lyon, une lettre relative aux ulcérations imaginaires de la langue. M. Diday met en regard de cette affection les ulcérations imaginaires de la verge.

Deux cas d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face. — M. le Dr *Chauvel* lit deux observations dont il tire ces conclusions :

En résumé, dans les coups de feu de la face, lorsque le projectile, enclavé dans les os, peut être retiré sans danger, son extraction immédiate nous paraît indiquée. Quand le projectile, abandonné dans les parties, détermine des accidents secondaires persistants, le chirurgien ne doit plus compter sur le temps pour amener la cessation des troubles morbides, il doit intervenir et extraire le corps étranger. Ces règles s'appliquent à toutes les régions où les conditions anatomiques, comme à la face, rendent toujours très difficile et le plus souvent impossible l'asepsie du foyer traumatique (Comm. : MM. Larrey, Tillaux, Perrin).

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE

Mercredi 7 septembre. — Séance du matin.

Le Dr *C. F. Hotz*, de Chicago, fait une communication sur *La restauration de la position normale du bord libre du cartilage tarse dans le trichiasis.*

Le bord libre du cartilage tarse est placé à un angle de quatre-vingt-dix degrés avec la surface du globe. Les cils sont insérés à un angle de quatre-vingt-dix degrés avec le bord libre du tarse. Mais, si le bord libre du cartilage est tourné en dedans par le raccourcissement, on voit facilement comment les cils irritent la cornée.

La courbe du cartilage n'en est pas modifiée et il n'est pas nécessaire qu'elle le soit. Le bord libre peut être raccourci de la manière suivante : Après avoir réséqué un lambeau en losange au-dessous du bord libre du cartilage, s'étendant à travers la peau, le cartilage et les muscles jusqu'à la naissance des cils, les bords de la plaie sont suturés.

Il vaut mieux éviter l'incision de la conjonctive.

Le Dr *B. Pitts*, de Saint-Joseph, fait une communication sur *Le meilleur procédé pour opérer l'ectropion.*

L'électrolyse détruit les cils qui poussent dans une fausse direction et amène la résolution et l'absorption des tissus hypertrophiés ; elle rend, en tout cas, une opération blépharo-plastique plus facile.

Séance de l'après-midi.

Le Dr George *F. Stevens*, de New-York, lit un article qui a pour titre : *Quelques questions importantes sur l'insuffisance des muscles oculaires.*

Les anomalies du système musculaire de l'œil sont aussi fréquentes que les erreurs de réfraction et d'accommodation; les écrits traitant de ce sujet sont fort rares et tendent à nous faire supposer que l'insuffisance ne saurait affecter que le droit interne, épargnant les autres muscles.

L'auteur a pour but de poser certains problèmes plutôt que d'expliquer des contradictions apparentes; par exemple, dans un cas, il trouve pour les droits internes une insuffisance de 8° à vingt pieds et de 10° à un pied. Le pouvoir adducteur est de 50°. Dans un autre cas, il trouve une diplopie, homonyme de 4° à vingt pieds, et croisée de 5° à deux pieds.

Il fait ensuite l'énumération des termes dont il se sert pour désigner les variations musculaires (orthophorie, hétérophorie, esophorie, etc.), puis il indique sa méthode pour l'examen au prisme.

Le Dr *J. F. Fulton* de Saint-Paul, fait une communication sur *Les avantages de pratiquer de bonne heure l'opération pour le strabisme.*

Il rappelle qu'il est difficile de remédier à la diplopie et à l'amblyopie lorsqu'elles existent après l'opération. Il conseille l'intervention immédiate chez l'enfant; si elle ne se peut se faire il faut couvrir un œil et exercer avec soin l'œil affecté. L'amblyopie peut être primitive ou secondaire; dans ce dernier cas, elle peut être corrigée.

Le Dr *Ch. Abadie*, de Paris, présente un mémoire intitulé *Les mouvements défectueux des yeux et des moyens d'y remédier.*

Jeudi 8 *septembre. — Séance du matin.*

Le Dr *Galezowski*, de Paris, lit un mémoire intitulé : *De la curabilité du décollement de la rétine.*

Il propose une opération nouvelle. Pour lui l'exsudation qui se produit derrière la rétine est de même nature que celle de la pleurésie et de la péritonite, et il a fait faire un instrument pour aspirer le liquide, qui consiste en une seringue et une aiguille d'aspiration. Il introduit l'aiguille à travers la sclérotique à une assez grande distance du corps ciliaire et la fait passer dans le globe, à une certaine distance. Puis il fait le vide avec son piston; si l'aiguille est allée trop loin, il ne paraîtra pas de liquide dans la seringue, mais en la retirant il apparaîtra petit à petit du liquide et on en retirera un gramme ou un gramme et demi. Il n'y a pas d'inflammation après l'opération. Deux sur dix-sept de ses opérés guérirent complètement, et il y eut de l'amélioration chez chacun d'eux.

Dans les cas anciens, il introduit une aiguille courbe d'arrière en avant à travers la sclérotique et la rétine décollée avant de faire l'aspiration; lorsque le liquide a été retiré il fait passer un fil de catgut qui agit comme séton.

VARIÉTÉS

—

Surmenage scolaire et réforme de l'enseignement secondaire.

Dans un article fort remarquable publié par le journal de médecine le *Praticien*, le Dr Gorecki étudie les réformes urgentes à apporter dans l'enseignement secondaire. L'institution du baccalauréat de l'enseignement spécial n'est à son avis qu'un trompe-l'œil, car il n'est nullement l'équivalent du baccalauréat ès lettres et ne permet à celui qui en est muni, ni d'étudier le droit ni la médecine. Or, à 8 ans, ni mêmé à 10 ans, on ne peut juger ni de l'intelligence réelle, ni surtout des véritables aptitudes d'un enfant. Ce n'est tout au plus que vers l'âge 16 à 18 ans qu'un jeune homme ayant goûté aux lettres et aux diverses branches des sciences, sent sa vocation se prononcer.

Le professeur, l'avocat, le médecin, l'ingénieur, l'officier, l'industriel même et le commerçant doivent tous avoir un fonds commun d'éducation. C'est ce fonds qui doit constituer l'enseignement secondaire depuis la sixième classe jusqu'à la rhétorique. Ce n'est qu'alors que peut s'opérer raisonnablement la spécialisation de chacun.

Le Dr Gorecki estime que consacrer dix heures sur vingt au latin et au grec, tandis qu'une seule heure est accordée à l'arithmétique et aux sciences c'était peut-être rationnel au siècle dernier, mais cela ne répond plus aux besoins de notre époque.

Sans supprimer le latin comme le demande quelques bons esprits, on peut largement diminuer le nombre d'heures qui lui sont consacrées et ne l'envisager que comme un excellent moyen de bien apprendre le français. Le thème latin doit être supprimé, c'est du temps inutilement perdu, car personne n'écrit plus en latin, et sa suppression n'empêchera nullement l'étude des chefs-d'œuvre de l'antiquité.

Quant au grec, c'est une langue qui doit, comme le sanscrit l'hébreu être soigneusement conservée pour les savants spéciaux; la la lecture et quelques exercices d'étymologie sont tout ce qui doit raisonnablement en rester. Cependant, on pourrait en rendre l'étude facultative à partir de la quatrième. Ceux qui ne feraient pas de grec

le remplaceraient par une deuxième langue vivante, certes infiniment plus utile dans la grande majorité des cas. Trois heures (au lieu de cinq ou six) consacrées soit au grec, soit à la langue vivante dans les classes de quatrième, troisième, seconde et rhétorique, seraient amplement suffisantes et laisseraient disponibles au moins deux heures.

Jusqu'en sixième, le maximum de travail, leçons comprises, ne doit pas dépasser six heures, c'est-à-dire que presque tout le travail doit être fait en classe. On doit absolument renoncer à cette masse de cahiers de corrigés que les élèves ne gardent plus une fois qu'ils les ont écrits.

A partir de la sixième, jamais le temps pendant lequel l'enfant restera assis ne devra dépasser 8 heures, soit 4 heures de classes et 4 heures d'études. Dans ces dernières doivent être compris le dessin, la calligraphie, la musique, etc. Il ne devra jamais y avoir plus d'un devoir écrit par jour, et plus de deux leçons fort courtes.

Un des grands torts du système actuel, c'est de donner assez de devoirs et de leçons pour que même les plus forts soient obligés d'occuper tout leur temps. Il est nécessaire de partir du principe opposé et de ne donner comme leçons et devoirs que ce qui est absolument indispensable et peut être terminé, même par les plus faibles, le professeur restant libre d'indiquer, à côté des devoirs et des leçons *obligatoires*, d'autres qui seraient *facultatifs*.

M. *Jules Simon*, un universitaire pourtant et un de nos ministres d'Instruction publique des plus compétents, prétendait que six heures de travail intellectuel, c'était grandement suffisant. Mais pour cela il fallait supprimer les études, ou plutôt les faire en classe, le professeur ou le répétiteur faisant travailler avec eux les élèves. Que fait-on cependant ? On fait lever les élèves des heures avant l'aube, afin qu'ils aient plus de temps pour flâner, car il leur est tout aussi impossible qu'à nous-mêmes de travailler sérieusement douze heures par jour. On ne s'occupe pas de leur corps, on les accable de pensums et de retenues, on les prive de sorties, en un mot, on continue les vieux errements tout en surchauffant leur amour-propre au point de les surmener, de déterminer des accidents immédiats et, chose aussi déplorable, de détruire chez les mieux doués toute initiative pour plus tard.

Le facteur le plus puissant de la *myopie* scolaire, c'est l'usage des dictionnaires latins ou grecs. Il faut absolument les supprimer au moins jusqu'en troisième. On peut les remplacer par des vocabulaires mis à la fin des devoirs ou des exercices. Il existe un certain nombre de livres faits de cette façon.

L'examen du baccalauréat devrait aussi être simplifié, et subi à la

fin de la rhétorique en une seule fois. La dissertation philosophique pourrait être remplacée au choix du candidat par une dissertation historique ou scientifique dont le sujet serait donné au moment de l'examen.

Le texte de la version latine serait *autographié* et non plus seulement dicté.

Le grec serait remplacé par une version orale ou écrite d'une seconde langue vivante.

Après la rhétorique, l'élève terminerait ses études en suivant pendant deux ans les cours dans une des trois sections suivantes :

1° *Littéraire*, consacrée au grec et au latin pour les candidats à l'Ecole normale, section des lettres, Ecole des Chartes, etc. ;

2° *Mathématiques et physique*, pour les candidats aux écoles : Polytechnique, Centrale, etc. ;

3° *Sciences naturelles*, pour les candidats aux Ecoles de médecine, de pharmacie, etc.

NOUVELLES

—

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1887-88). — *Saison d'hiver*. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre 1887.

Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique seront faites par M. le Chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota : Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 118 Samedi 8 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND SUPPLÉANT M. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

Du traitement des kystes hydatiques du foie.

MESSIEURS,

Je vais vous présenter aujourd'hui une malade de 37 ans, atteinte de kyste hydatique du foie. Cette malade avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois ans. Notons toutefois que sa mère est morte d'une bronchite prolongée qui a bien pu être de la tuberculose. L'observation relate que, depuis quatre ans, elle vit avec un chien, ce qui, vous le savez, a une certaine importance dans l'étiologie des kystes hydatiques.

Il y a trois ans sont survenues des douleurs vagues dans la région du foie, sans retentissement sur l'état général. Ces douleurs se propageaient vers l'épaule, ce qui est classique. En même temps il y avait un certain gonflement de la région. Ce gonflement et les douleurs augmentaient lentement, lorsqu'il y a quatre ou cinq mois, cette augmentation devint brusquement beaucoup plus considérable. Les côtes subissaient une voussure très accusée dont s'aperçut très bien la malade ; les douleurs devenaient plus vives et plus fréquentes.

A l'examen, nous constatons une voussure très manifeste des côtes au-dessous du sein droit. La percussion nous indique une matité absolue en arrière depuis le sixième espace intercostal jusqu'au rebord des fausses côtes. En avant, mêmes indications dans la région correspondante, avec extension de la matité, jusque dans l'hypochondre gauche. La matité dépasse le rebord des fausses côtes de 1 à 2 centimètres. Je n'ai pas pu trouver le frémissement hydatique ; mais c'est un symptôme qu'on rencontre en somme exceptionnellement.

L'état général n'est pas mauvais. Cependant la malade a beaucoup

maigri depuis quelque temps : elle est tombée de 158 livres à 60 livres. Elle a une petite toux sèche, et à gauche, il y a de la submatité, de l'expiration prolongée, de petits râles disséminés. Il y a donc là un point d'interrogation au sujet de la tuberculose, et si l'on se souvient que la mère est morte très probablement de cette affection, les doutes ne peuvent que s'accentuer.

Quel est donc le diagnostic à poser en pareil cas? Ce n'est certes pas un cancer du foie, ni un foie leucocythémique ou paludéen ; ce n'est pas une cirrhose. Quelle peut donc être la lésion de ce foie qui contient une tumeur? Un kyste hydatique, ou peut-être un abcès du foie. Je ne veux pas parler de ces abcès du foie qui se rencontrent dans les pays chauds. Mais M. Lannelongue a récemment décrit des *abcès tuberculeux du foie* siégeant à la face convexe et pouvant être pris pour des kystes hydatiques. Si donc par la ponction nous rencontrions du pus, il ne faudrait pas croire à un kyste suppuré, puisqu'il n'y a jamais eu de fièvre, mais à un de ces abcès tuberculeux que je ne connais que par le travail de M. Lannelongue, mais que les antécédents et l'état actuel de la malade expliqueraient suffisamment.

Messieurs, mon intention est de faire tout d'abord ici une ponction exploratrice au moyen de l'aspirateur. Voici quelle est à cet égard ma conduite habituelle. Toutes les fois que la ponction exploratrice ne peut modifier en rien mon intervention opératoire, je m'en abstiens, car je considère que c'est alors un traumatisme inutile et souvent dangereux. La ponction exploratrice, considérée, en effet, par certains chirurgiens comme inoffensive, a amené parfois des hémorrhagies mortelles dans les cas de tumeur, et, dans les cas de kyste intra-abdominal, des fissures amenant l'issue du liquide dans la cavité abdominale et une péritonite mortelle.

Mais quand cette ponction peut amener une manière d'agir différente au point de vue opératoire, j'y ai toujours recours. C'est ici le cas, puisque j'ai à confirmer mon diagnostic : car si cette ponction amenait du pus, si j'avais affaire à un abcès tuberculeux, il faudrait faire l'ouverture large suivie de râclage, et au besoin la résection des côtes pour assurer le drainage.

Si, au contraire, il s'agit, comme je le crois, d'un kyste hydatique, la ponction pourra être curatrice.

En effet, messieurs, la ponction aspiratrice est un mode de traitement parfois efficace des kystes du foie. Quand elle ne suffit pas, on a diverses ressources, les unes anciennes et généralement abandonnées, les autres modernes.

Parmi les méthodes anciennes, nous avons la ponction simple avec un trocart plus ou moins gros, suivie de l'introduction d'un gros

drain. Cette méthode a été préconisée par M. Verneuil qui y a renoncé depuis.

Nous avons ensuite la méthode de Récamier, que vous connaissez tous. Elle consiste à obtenir au moyen de la pâte de Vienne des adhérences entre le péritoine viscéral et la paroi abdominale, et à fendre ensuite l'escharre, ce qui met à l'abri de l'irruption du liquide dans le péritoine. Elle a encore trouvé récemment un défenseur dans M. Tillaux.

Simon (d'Heidelberg) a proposé de faire une double ponction à quelques centimètres d'intervalle et d'introduire un tube dans chacune d'elle : il se forme en ce point une péritonite adhésive, et plus tard, on fend le pont intermédiaire.

Mais si l'on se trouve en face d'un kyste enflammé et suppuré, on ne peut ainsi attermoyer, et le seul procédé à employer est celui que je qualifierai de *méthode moderne*, méthode de Lippmann et Landeau.

Cette méthode a été précédée en Allemagne de celle dite de Volckmann, qui n'est en réalité que celle de Bégin. Celui-ci incise couche par couche jusqu'au péritoine qu'il ne franchit pas : puis il attend qu'il se soit formé des adhérences. Après sept ou huit jours seulement, il incise largement. En réalité, cette méthode revient à celle de Récamier ; c'est toujours un procédé lent.

Arrivons donc à la *méthode moderne*. Les indications opératoires à suivre sont celles qu'il faut toujours observer lorsqu'on veut ouvrir une tumeur intra-abdominale quelconque et éviter l'effraction du liquide qu'elle contient dans le péritoine.

On procédera donc avec les précautions antiseptiques rigoureusement nécessaires dans toute laparatomie. On incisera la paroi abdominale dans un point favorable et dans une étendue suffisante. On coupera couche par couche, et arrivé sur la paroi du kyste, on le ponctionnera avec un trocart après avoir entouré d'éponges le point à ponctionner. Puis quand la paroi aura ainsi perdu de sa tension, on l'attirera en dehors, on en réséquera une partie, et l'on fera une couronne de suture reliant cette paroi kystique à la paroi abdominale.

Telles sont les règles générales. Mais la situation du kyste peut être variable et exige quelques indications supplémentaires.

Messieurs, comme je vous le disais dans une précédente leçon (1), les kystes peuvent occuper trois situations :

1° *Antéro-inférieure*. Ils sont alors extra-hépatiques, intra-abdominaux, et peuvent être confondus facilement avec des kystes de l'ovaire. On doit, d'ailleurs, les opérer de la même façon, c'est-à-dire par l'excision complète, ou partielle, lorsque le pédicule s'étend trop loin et demanderait une dissection trop minutieuse.

(1) V. *France médicale*, 20 septembre 1887

2° *Antéro-supérieure*. Ce sont alors des kystes intra-hépatiques. Il faut intervenir en avant, au-dessous du rebord des fausses côtes. Deux éventualités peuvent se présenter ; dans l'une, il existe des adhérences entre le foie et le péritoine pariétal, et l'opération est bien simple. Dans l'autre, il n'y a pas d'adhérences, et il faut faire une traversée de la cavité péritonéale ; ponction de la tumeur et ouverture large après suture des parois.

Faut-il ou non réséquer une partie du kyste ? Si la coque fibreuse se présente au fond de la plaie, la résection est tout indiquée. Mais si cette paroi est recouverte par une lame de tissu hépatique, quelle devra être la conduite du chirurgien ? Je suis encore ici partisan de la résection : elle n'amènera pas une guérison plus rapide, mais elle aura pour résultat d'amener la correspondance de la plaie abdominale avec le point le plus déclive de la cavité kystique. Cependant, lorsque la couche de tissu hépatique est trop épaisse, il vaut mieux renoncer à la résection. On doit également s'en abstenir lorsqu'il y a une friabilité trop grande de la paroi, car il pourrait se produire des déchirures suivies de l'effusion du liquide dans le péritoine.

M. Reclus n'attache pas d'importance à la résection de la paroi, puisque, dit-il, aussitôt le kyste vidé, la paroi postérieure est poussée vers la plaie par la pression abdominale. Je ne crois pas que cela soit exact dans tous les cas. Lorsque la paroi antérieure du kyste est recouverte de tissu hépatique, elle ne peut remonter, et il subsiste un cul-de-sac impossible à drainer et qu'il faut mieux enlever par conséquent.

3° *Antéro-postérieure*. Cette troisième variété est très grave à cause des complications ; ouverture dans les plèvres, dans les poumons, etc. L'organe ne dépasse pas les fausses côtes, ce qui rend l'intervention chirurgicale très difficile ; aussi n'y en a-t-il que trois cas connus. Le quatrième m'appartient et je vous en ai parlé dans la dernière séance (1). La malade va mieux, contrairement à nos appréciations pessimistes. Le résultat des trois autres cas n'a pas été publié.

Comme je vous l'ai dit à ce propos, il faut en pareil cas réséquer les côtes, traverser la plèvre, le diaphragme et le péritoine pour arriver sur le foie.

Dans le cas qui nous occupe aujourd'hui et qui appartient à la deuxième variété, je vais faire une ponction exploratrice. Si le liquide est clair, j'attendrai et, si le kyste se remplit de nouveau, j'en pratiquerai l'ouverture. L. GREFFIER.

(1) Voir *France médicale*, 20 septembre 1887.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. *Lannelongue* lit une notice biographique sur M. Giraud-Teulon, mort pendant les vacances, et rend hommage au talent et au caractère de l'homme et du chirurgien.

Emphysème gangréneux. — M. *Kirmisson*, à propos du procès-verbal, cite le cas d'un jeune homme qui reçut un coup de feu dans l'aisselle : hémorrhagie considérable ; la clavicule était brisée, l'artère et la veine sectionnées, le plexus brachial contus. Quand je le vis, la température était abaissée, je ne voulus pas intervenir. Le soir, la température était élevée, des gaz se montraient dans tout le membre; je fis la désarticulation interscapulo-thoracique ; il est mort. Si j'en parle, c'est pour dire que je n'ai eu qu'à me louer du procédé recommandé par M. Berger : section de la clavicule, ligature de l'artère et de la veine sous-clavière, puis taille du lambeau ; je n'ai pas perdu 100 grammes de sang.

M. *Desprès*. Les opérations interscapulo-thoraciques sont graves, surtout quand il s'agit de lésions traumatiques. Les emphysèmes gangréneux sont toujours mortels. J'ai fait avant M. Berger la ligature préalable de la sous-clavière.

M. *Berger*. L'observation de M. Kirmisson est la troisième observation de blessure par coup de feu ayant donné lieu à cette sorte d'opération. L'un guérit, c'était un jeune homme, il s'agissait d'un vrai arrachement par coup de canon, ce qui prouve que les plaies par arrachement sont plus bénignes.

Les emphysèmes traumatiques ne sont pas tous d'un pronostic graves. J'en ai guéri par de simples incisions.

M. *Le Dentu*. M. Desprès a cru qu'il s'agissait dans mon cas d'un emphysème traumatique. J'ai fait la désarticulation de l'épaule en plein emphysème.

J'ai un cas d'emphysème primitif sous-cutané qui a guéri.

M. *Segond*. J'ai amputé en 1881 un peintre en bâtiment qui s'était brûlé profondément le jarret, la pédieuse ne battait plus ; je proposai l'amputation de cuisse immédiate, elle fut refusée ; mais après quelques jours il se montra de l'emphysème qui occupait le haut de la cuisse, sans atteindre le jarret ; et la paroi abdominale antérieure. Je lui ai fait l'amputation de cuisse très haut. Il a guéri avec le pansement antiseptique ouvert.

M. *Berger*. M. Desprès a employé dans son cas un procédé opératoire différent de celui que nous avons proposé, M. Farabeuf et moi. Je le considère comme inférieur au nôtre.

Je crois qu'il faut poser comme principe absolu de faire la ligature préliminaire de l'artère et de la veine.

M. *Poncet.* Les traumatismes par éclats d'obus sont ceux qui s'accompagnent le plus facilement des accidents dont on vient de parler : tel le choc traumatique qui peut exister sans perte de sang ni emphysème. L'emphysème immédiat résultant de l'introduction mécanique n'est pas dangereux; celui qui s'accompagne d'un œdème général avec dessin des veines est celui qui tue et auquel il ne faut pas toucher.

M. *Le Dentu.* Dans mon cas il y avait tous les caractères mauvais des plus mauvais emphysèmes. Mon malade a guéri; il ne faut donc pas formuler une proscription absolue de toute intervention dans ces cas.

De l'artério-sclérose, par M. *Routier.* — Rapport. — M. *Schwartz.* Un homme de 59 ans, opéré d'une double cataracte il y a dix ans, est atteint d'un ulcère de jambe depuis deux ans; puis survint une phlyctène au gros orteil, avec douleurs.

Les douleurs continuèrent, puis vint de la gangrène du deuxième orteil droit qu'on dut enlever. La gangrène envahit ensuite aussi le pied gauche.

Quand M. Routier vit le malade, il avait une gangrène des orteils des deux pieds, il fit l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection.

Mais quelques jours après, la gangrène reprit son cours au pied droit, et le malade mourut en quelques jours.

Pendant la vie, les pulsations artérielles étaient peu marquées aux fémorales et aux humérales.

A l'autopsie, cœur flasque et mou; rien à l'aorte; les parois des artères des membres sont épaissies.

M. Routier croit que la cause des lésions artérielles était l'âge; cependant, il nous semble qu'il faudrait, pour admettre cette cause, une recherche plus précise des antécédents au point de vue de l'impaludisme ou du saturnisme, par exemple.

Je ne crois pas qu'il faille séparer cette lésion de l'athérome, comme l'a fait M. Routier.

M. *Poncet.* Il y a, dans le cas rapporté par M. Schwartz, des troubles trophiques et des lésions gangréneuses.

De la réunion primitive des fistules de l'anus. — M. *Quénu.* C'est une question d'actualité, car beaucoup de jeunes chirurgiens s'en occupent actuellement, mais Chassaignac, en 1852, l'avait tentée. L'opération n'est pas nouvelle; les conditions dans lesquelles on opère sont nouvelles.

La plupart des chirurgiens suivent le même procédé. On peut faire

l'excision, comme le fait le professeur Richet. Le plus simple, c'est d'inciser la fistule, puis d'enlever les parois de la gouttière.

Dans les cas de simple trajet je fais la suture à points séparés, mettant dans la portion rectale du fil de catgut, dans la portion fessière, du fil d'argent.

J'ai fait cette année neuf fois cette opération.

Sur 9 cas, j'ai obtenu, dans 6 cas, une réunion primitive parfaite. J'enlève les points de suture le dixième jour, après avoir donné un lavement la veille. Les malades sont ainsi guéris le dixième jour.

Si on opère par les autres procédés, la plaie n'est guérie qu'en cinq ou six semaines au minimum.

Dans un cas de fistule chez un tuberculeux, j'ai un défaut de réunion partiel, mais le malade a été guéri en quinze jours.

Dans deux cas, il y eut désunion.

Je ne crois pas qu'il faille opérer tous les cas, comme le veut Smith, de New-York. Quand il y a des décollements étendus et des clapiers il faut s'abstenir.

Je crois qu'on doit la tenter dans les fistules simples et dans les fistulettes.

M. *Segond*. J'ai cherché à obtenir ce résultat. Je ne l'ai pas fait pour les grands clapiers, je l'ai fait pour une petite fistulette, sur un jeune homme de 23 ans. J'ai retiré les fils le dixième jour; je croyais à un succès.

Dix jours après, le malade est venu me trouver. La suture s'était désunie.

M. *Berger*. J'ai fait l'excision de petits trajets fistuleux et la réunion, sans employer les précautions de diététique de M. Quénu. J'ai eu deux succès pour deux fistulettes, et un insuccès malheureux.

Je n'étais pas tenté de recommencer à la suite de cet insuccès. Je crois cependant que je recommencerai.

M. *Pozzi*. J'ai pratiqué cette opération il y a six ans, quand je remplaçais le professeur Richet. J'ai échoué. Le moyen me paraît dangereux quand on opère pour des fistules remontant haut dans le rectum.

Ce n'est pas un procédé indifférent : il faut le réserver au cas où la fistule ne remonte pas haut dans le rectum, car avec la fistule remontant haut, il faut craindre la cellulite pelvienne.

M. *Terrillon*. Je l'ai employé une fois chez une femme qui avait un trajet de 6 cent. J'ai eu un succès parfait : c'était un cas simple, une fistule facile.

M. *Quénu*. J'ai distingué trois ordres de fait : ceux où il y a des décollements étendus, il ne faut pas opérer; d'autres où la fistule est

simple, il faut opérer. Les cas moyens dépendent un peu de chaque chirurgien : on peut les opérer.

Je ne crois pas qu'il faille limiter l'opération aux trajets sous-tégumentaires.

M. *Desprès* présente les photographies d'une femme dont la paroi abdominale flasque, tombante, forme une espèce de tumeur et qu'il attribue à la paralysie des muscles de l'abdomen ; il dit qu'on ne l'a jamais observée.

M. *Lannelongue*. M. Desprès croit que les deux grossesses qu'a eues la malade ne sont pour rien dans cet état. Ce n'est pas mon opinion.

Il existe une paralysie d'un ordre particulier des muscles de l'abdomen, elle est partielle. J'ai vu deux enfants atteints d'un affaiblissement latéral de la paroi qui formait saillie, mais ces paralysies étaient symptomatiques d'une lésion médullaire et s'accompagnaient de paralysies de groupes musculaires des membres, ce n'est pas le cas du malade de M. Desprès.

M. *M. Sée*. Ce fait est remarquable par le développement de l'abdomen, mais on voit souvent des relâchements de l'abdomen chez des femmes ayant eu des enfants ou des tumeurs. Cela s'appelle un ventre pendant.

M. Desprès a observé un cas de ventre pendant plus considérable que la plupart.

M. *Desprès* répond que dans des cas de prolapsus de l'abdomen, on voit les muscles se contracter ; ici, les muscles ne se contractaient sous l'influence ni de la volonté, ni du courant électrique.

M. *Prengrueber* présente une pièce de carie du rocher.

P. BAZY.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

—

SECTION DE MÉDECINE (*fin*).

Vendredi 9 septembre. — Séance du matin.

Le Dr *G. E. Stubbs*, de Philadelphie fait une communication sur *Le traitement rationnel des voies aériennes*.

Le Dr *Eve*, de Reading, lit un article intitulé : *Méthode nouvelle pour le traitement de la phtisie*.

Sir James *Grant*, du Canada, lit un mémoire sur *La Diphtérie*.

Séance de l'après-midi.

Le Dr *Ouchterlony* lit un rapport sur la communication faite au second jour du Congrès par le Dr Korösi et intitulée : *Le pouvoir préventif de la vaccination.*

Le Dr *A. B. Arnold* lit un mémoire qui a pour sujet : *La dilatation et la dégénérescence graisseuse du cœur.*

Le Dr *George E. Fell*, de Buffalo, fait une communication sur *La respiration artificielle forcée dans l'empoisonnement par l'opium, la possibilité de son emploi, et le meilleur appareil pour la pratiquer.*

SECTION DE CHIRURGIE (*fin*).

Vendredi 9 septembre. — Séance du matin.

Le Dr George *Assaky* de Bucharest, lit un mémoire intitulé : *L'iodol en chirurgie.*

Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'iodol produit l'union par première intention ; pour cela, il faut toutefois la coopération d'autres facteurs. Il agit très bien dans les plaies ouvertes qui suppurent, dans le chancre huntérien ; dans le chancre mou le résultat varie ; de même dans le bubon.

2° L'organisme supporte fort bien des doses journalières de 40 centigrammes à 2 grammes d'iodol, même administrées pendant un temps fort long. Ce traitement donne des résultats merveilleux dans les affections scrofuleuses et dans la syphilis tertiaire.

L'iodol produit une amélioration dans la nutrition, les forces et le poids.

Il est antipyrétique.

Le Dr Milton J. *Roberts*, de New York, fait une communication sur *Une méthode nouvelle pour les opérations sur les os avec l'ostéotome électrique.*

Le Dr George E. *Post*, de Beyrouth, lit un mémoire sur *Le calcul vésical en Syrie.*

Il est très fréquent. Il existe une classe de chirurgiens ambulants, qu'on appelle coupeurs de pierres, et qui ne font que des lithotomies des plus primitives. L'auteur décrit leur mode opératoire. Ces gens obtiennent des résultats excellents.

L'auteur a opéré 250 fois ; sur ce nombre il y avait 106 enfants, âgés de moins de dix ans.

Le Dr J. A. S. Grant Bey remarque que le calcul est très fréquent en Egypte.

Le Dr Oscar J. *Coskery*, de Baltimore, rapporte *Un cas rare de fracture avec luxation du tarse et du métatarse.*

Le Dr N. *Senn*, de Milwaukee, lit un mémoire intitulé : *La con-*

triction élastique du cou, avec exclusion de la trachée, comme moyen d'hémostase dans les opérations sur la tête.

Il a fait des expériences sur les chiens, qui supportent la constriction pendant deux ou trois heures.

Le Dr *Carnochan*, de New York, présente une pièce montrant *Une double luxation de l'articulation coxo-fémorale.*

Le Dr *Link*, d'Indianapolis, lit un mémoire sur *L'alcool comme anesthésique.*

Il l'administre de la manière suivante : Deux onces de whiskey toutes les cinq minutes jusqu'à ce que le malade en ait pris un demi-litre ; ensuite quelques inhalations de chloroforme.

—

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE (*fin*).

Jeudi 8 *septembre. — Séance de l'après-midi.*

Le Dr A. Q. *Sinclair*, de Memphis, rapporte un cas de *Gliome de la rétine des deux côtés.*

Le Dr H. C. *Paddock*, de New-York, fait une communication sur *L'ergot de seigle en ophtalmologie.*

Il n'en est fait mention, dans ce sens, que dans des ouvrages récents; ce médicament produit très bien la contraction des vaisseaux de l'œil, et peut s'utiliser dans les affections chroniques.

Il cite des cas de guérison dans la conjonctivite congestive, dans l'iritis avec rétinite et névralgie ciliaire, etc. Il conseille son emploi à fortes doses pendant plusieurs jours.

Le Dr R. L. Randolph, de Baltimore, lit un article du Dr *H. Gifford*, d'Omaha, intitulé : *Contribution à l'étude de l'ophthalmie sympathique.*

Il a fait des expériences qui démontrent qu'il y a un courant lymphatique qui va de la partie postérieure de l'œil vers le cerveau, indépendamment des canaux des nerfs optiques.

Le Dr J. *Richardson Cross*, de Bristol, fait une communication sur « *La rétinoscopie*; méthode rapide et sûre de mesurer les erreurs de réfraction, etc. »

Le Dr A. R. *Baker*, de Cleveland, lit aussi un mémoire sur *La rétinoscopie.*

Elle est peu employée en Allemagne et aux Etats-Unis. Elle est d'une exactitude qu'il est difficile d'obtenir avec l'ophtalmoscopie, à moins d'être très habile.

Vendredi 9 *septembre. — Séance du matin.*

Le Dr E. *Smith*, de Détroit, lit un mémoire intitulé : *Le*

traitement des abcès et des ulcérations de la cornée par le jéquirity.

Le Dr D. S. *Reynolds*, de Louisville, lit un article intitulé : *Nécessité de réformes dans la désignation des verres.*

Le Dr E. *Jackson*, de Philadelphie, présente un mémoire qui a pour titre : *La désignation des prismes par la déviation minimum au lieu de l'angle de réfraction.*

Le Dr G. S. *Norton*, de New-York, fait une communication sur *L'importance relative d'un faible degré d'astigmatisme comme cause de céphalalgie et d'asthénopie.*

Le Dr Ch. *Abadie*, de Paris, lit un mémoire intitulé : *Des mouvements défectueux des yeux et des moyens d'y remédier.*

Il insiste sur une différenciation exacte entre les cas qui exigent une ténotomie complète et ceux pour qui une ténotomie partielle serait suffisante. On peut augmenter ou diminuer l'étendue de la correction en enlevant plus ou moins de tissu musculaire.

Du reste, une ténotomie partielle est facilement changée en opération complète s'il est nécessaire.

Le Dr *E. O. Shakespeare*, de Philadelphie, fait une communication sur : *La force des muscles droits supérieurs comme cause d'asthénopie.*

Il y a beaucoup de cas d'asthénopie qui ne guérissent pas avec la correction de la réfraction. On trouve que l'un des droits supérieurs est plus fort que l'autre. S'il n'y a pas d'erreur de réfraction, l'auteur se sert de prismes.

Le Dr H. Power, de Londres, remarque combien nous avons de mauvais résultats malgré les soins que nous prenons.

Le Dr A. G. *Heyl*, de Philadelphie, lit un article qui a pour titre : *Les anomalies de l'axe visuel.*

Il remarque que la définition de l'axe visuel est peu claire et que des termes, tels que : « Gesichtslinie, Blicklinie », ne sont pas corrects.

C'est en vérité une ligne partant de la tache jaune dirigée directement en avant, les muscles de l'œil étant à l'état de repos ou d'équilibre.

Puis le Dr Heyl fait allusion au développement de la tache jaune, qui, selon lui, est le résultat de la tension des muscles droits dans leur antagonisme au muscle ciliaire.

Le Dr *Bull*, de Christiania, remarque qu'il y a pourtant des oiseaux dans l'œil desquels se trouvent deux taches jaunes.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *École pratique. Médecine opératoire.* — Cours d'automne : M. le Dr Lejars, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 18 octobre 1887, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours est facultatif; il ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Les demandes d'admission seront adressées au doyen de la Faculté.

Bulletin de la mortalité *du 23 sept. au 1er oct.* 1887. — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 6. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, [illegible]. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 38.

Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 41. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 54.

Bronchite aiguë et chronique, 41. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 42.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 74.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4.

Débilité congénitale, 15. — Sénilité, 22. — Suicides et autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 148. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 808. — Résultat de la semaine précédente : 787.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier,
23, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Minéralogie micrographique, par le Dr Gorecki, professeur libre d'ophthalmologie, etc. Notre excellent et savant confrère le Dr Gorecki vient d'écrire pour le manuel de technique microscopique du Dr Latteux, un petit fascicule qui résume admirablement une science toute nouvelle, la minéralogie microscopique.

Les connaissances optiques et mathématiques de notre confrère lui ont permis de combler une véritable lacune dans la micrographie. Il n'y a que quelques années que l'on se sert du microscope polarisant et déjà il a opéré une véritable révolution dans la pétrographie. Les histologistes qui voudront se tenir au courant de la science feront bien de consulter ce travail où les recherches les plus ardues sont exposées avec la simplicité et la clarté ordinaires du style de l'auteur.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 119 Mardi 11 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur la pathogénie de la myélite cavitaire,

Par MM. Joffroy et Achard (1).

Nous avons eu l'occasion d'étudier deux cas de l'affection médullaire connue sous les noms divers d'*hydromyélie*, de *syringomyélie* (Ollivier d'Angers), de *myélite périépendymaire* (Hallopeau), et pour laquelle nous proposons la dénomination de *myélite cavitaire*. Le mot *myélite* marque la nature inflammatoire de la maladie, et l'épithète de *cavitaire* indique le trait le plus saillant et le plus distinctif de la lésion, qui consiste dans la présence de pertes de substance au sein du tissu médullaire.

L'examen anatomique de la moelle, dans ces deux cas, nous a paru de nature à éclairer la pathogénie de la lésion et en particulier la formation des cavités, point resté jusqu'ici très obscur dans les descriptions des auteurs.

Pour rendre compte de cette lésion si frappante, on invoquait autrefois soit un élargissement du canal central, soit la transformation kystique d'un foyer hémorrhagique. On disait encore, sans fournir d'explication bien précise sur la production de cette perte de substance, qu'il s'agissait de foyers de désintégration granuleuse (L. Clarke), de myélite périépendymaire (Hallopeau). Enfin, dans ces derniers temps, J. Grimm et la plupart des auteurs allemands ont attribué toutes les lésions à l'évolution d'un gliome, développé aux dépens de la substance grise et se creusant de cavités par résorption du tissu (Grimm, Th. Simon, Westphal, Leyden).

L'examen anatomique de nos deux faits ne nous a rien montré qui ressemble à une tumeur gliomateuse, mais seulement les altérations

(1) Communication à l'Académie des sciences.

qui caractérisent une inflammation lente. Aussi regardons-nous la lésion inflammatoire comme étant l'essence même de la maladie. Quant aux cavités, ce n'est pour ainsi dire qu'un accident survenu au cours de la myélite. Mais un intérêt tout particulier s'attache à leur situation presque constante dans la substance grise, au voisinage du canal épendymaire, et la distribution des vaisseaux au centre de la moelle nous paraît être la disposition anatomique qui tient ce fait sous sa dépendance.

On constate facilement, sur des coupes de moelle, qu'il existe à droite et à gauche, un peu en avant du canal central, deux conduits longitudinaux, creusés dans la substance grise, et qui renferment les vaisseaux artériels et veineux. En outre, autour de l'épendyme se trouvent un certain nombre de vaisseaux de plus petit calibre et qui sont accumulés, plus multipliés en ce point qu'en aucun autre de la moelle. Il résulte de ces données anatomiques que l'inflammation spinale, par cela même qu'elle siège au voisinage de l'épendyme, se développe dans une région où sont réunis des vaisseaux affectés principalement à la nutrition de la substance grise, la substance blanche étant nourrie plus spécialement par des vaisseaux périphériques émanant de la pie-mère. Que ces vaisseaux nourriciers de la substance grise, venant à être compris dans la zone inflammatoire, s'oblitèrent, il en résultera des foyers de nécrobiose et, plus tard, la substance ramollie de ces foyers médullaires se résorbera de la même manière qu'on la voit se résorber dans le cerveau, notamment dans la substance grise des circonvolutions. Or ces modifications vasculaires, nous les avons rencontrées très nettement dans l'un de nos cas.

Au pourtour de la lésion cavitaire, les vaisseaux présentaient des parois notablement épaissies et étaient manifestement en voie d'oblitération. Enfin, aux limites supérieures de la cavité, s'observaient tous les degrés de l'obstruction, jusqu'à la disparition complète de la lumière vasculaire et la transformation du vaisseau en un cordon fibreux. On comprend du reste aisément que les vaisseaux oblitérés soient en grande partie compris dans l'aire du ramollissement et qu'ils disparaissent, par conséquent, avec la substance grise environnante, si bien que ce soit aux limites de la lésion qu'on en puisse seulement retrouver des traces.

De plus, ces oblitérations vasculaires, produites par un travail inflammatoire qui se poursuit lentement au pourtour du foyer primitif, permettent de concevoir, au moyen d'une série de destructions successives, l'agrandissement graduel et pour ainsi dire insensible de la cavité lacunaire. Ainsi se trouve expliquée la marche progressive, quoique lente, de la maladie, caractère des plus remar-

quables et dont on n'a guère donné d'interprétation jusqu'alors.

En résumé, nous regardons l'affection qui nous occupe comme une myélite avec un siège spécial au voisinage de l'épendyme. Cette myélite détermine l'obstruction des vaisseaux nourriciers de la substance grise situés en ce point, et par suite elle donne lieu à des foyers de ramollissement. La formation de la paroi limitante est postérieure à toutes ces altérations et sa pathogénie serait la même que pour la paroi des anciens foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement du cerveau. On voit combien notre interprétation diffère de celle de John Grimm et des auteurs allemands, qui trouvent dans la constitution de cette fausse membrane vasculaire, bourgeonnante, les caractères d'une tumeur qui serait l'origine de tout le processus, pendant que nous, au contraire, nous ne voyons dans cette paroi que la terminaison de la lésion, un processus de cicatrisation.

Recherches sur les effets biologiques de l'essence de Tanaisie. Dé la rage tanacétique ou simili-rage,

Par M. H. Peyraud (1).

Au mois de mars 1872, en faisant des recherches biologiques sur des séries d'essences ayant des rapports d'isomérie, l'auteur avait remarqué une essence non annotée, qui ressemblait, comme odeur, à celle de l'absinthe. Elle etait extraite d'une Synanthérée, le *Tanacetum vulgare*. Ayant injecté deux gouttes de cette essence dans les reins d'un lapin de moyenne taille, au bout de vingt secondes, l'animal fut pris de convulsions d'une intensité telle qu'il était en quelque sorte sidéré. Il s'élançait en avant ou reculait par bonds, bondissait même sur place et retombait généralement sur le côté gauche. Là tous ses muscles étaient pris de mouvements convulsifs d'une extrême violence: les dents claquaient, l'animal se mordait la langue et laissait couler une salive abondante, quelquefois sanguinolente ; ses muqueuses étaient décolorées. Les sphincters anal et vésical laissaient échapper l'urine et les matières fécales.

La respiration spasmodique, accélérée (115 inspirations par minute), était si embarrassée, qu'on aurait pu croire à chaque instant que l'animal allait mourir asphyxié. Ces convulsions diminuaient par moments d'intensité et reprenaient bientôt avec plus de force que jamais. Il ne perdait pas connaissance ; car, lorsqu'on approchait un bâton de son museau, il le mordait avec force et on pouvait le soulever sans lui faire lâcher prise.

Cette action de mordre était bien volontaire et bien distincte du mouvement convulsif des mâchoires. L'animal mordait le sol et

(1) Communication à l'Académie des sciences.

même ses pattes et, lorsqu'on le plaçait sur le côté opposé à celui sur lequel il était tombé, il s'aidait de ses dents pour revenir à sa première position, et son corps en opisthotonos décrivait souvent, sous l'influence des secousses convulsives, un véritable demi-cercle.

Cette convulsion tanacétique durait en moyenne de cinquante à soixante minutes et se prolongeait même si les doses étaient plus élevées. Si elles étaient trop fortes, l'animal succombait par asphyxie.

La limite de la dose toxique dans les veines ne dépassait guère trois à quatre gouttes.

De ces faits, il résulte que le type des convulsions tanacétiques est un type rabique. Tous les phénomènes de la rage s'y trouvent : hallucinations, convulsions avec perte de connaissance, opisthotonos, spasmes des muscles du pharynx, du larynx et de tout le thorax, salivation abondante, excitabilité sensorielle, tendance à mordre, cri rauque caractéristique, etc.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Des indications opératoires dans l'albuminurie. — M. *Duménil* (de Rouen), dans un travail présenté au Congrès de chirurgie, a recherché quelles étaient les indications opératoires dans l'albuminurie. Se basant sur un cas d'amputation heureuse d'arthrite suppurée du genou, l'auteur admet l'intervention chirurgicale chez les brightiques et rapporte à l'appui de son opinion les observations de MM. Bruchet, Terrillon, Bellamy. Ces divers opérateurs, en délivrant leurs malades de la cause de l'albuminurie (abcès; phlegmon diffus du bras; amputation; ablation d'un séquestre du fémur), mirent fin à la maladie. L'opéré de M. Duménil, dont l'albuminurie était plus ancienne que celle dont étaient atteints les malades précédents, ne retira pas, au point de vue de l'affection rénale, les mêmes bénéfices de l'amputation. Néanmoins M. Duménil est disposé à admettre que dans les albuminuries consécutives à des suppurations, l'ablation du mal est un moyen de guérir la maladie secondaire, et il propose de classer les albuminuries de la manière suivante, au point de vue de la méthode opératoire :

Albuminurie : 1° *protopathique ;* 2° *deutéropathique.*

Albuminurie : 1° *simple ;* 2° *complexe.*

« Dans l'albuminurie *protopathique*, la lésion chirurgicale pour laquelle l'indication opératoire se présente est postérieure à l'affection constitutionnelle. L'albuminurie *deutéropathique* se développe dans le cours d'une lésion chirurgicale et en est la conséquence.

« Dans l'albuminurie *simple*, non seulement tous les viscères autres que le rein fonctionnent normalement, mais la présence de l'albumine dans l'urine est la seule manifestation des troubles des organes uropoiétiques.

« L'albuminurie *complexe* est accompagnée de manifestations multiples : altération des éléments constitutifs de l'urine, lésions d'organes autres que le rein, phénomènes d'intoxication. »

De la perforation des petites lèvres, par *Laurent Secheyron*, interne des hôpitaux. — L'auteur de ce travail a recueilli et observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard, quatre exemples de perforation des petites lèvres. Ces perforations sont situées près du bord libre des petites lèvres, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs ou un peu au-dessus. Leur orifice elliptique varie du diamètre d'une plume de corbeau à celui du doigt. Dans chacun des cas la lésion a été consécutive à un premier accouchement et trois fois sur quatre elle a siégé à gauche. On peut rapprocher ces perforations des boutonnières que l'on observe parfois sur le col, vestiges de ruptures transversales et des perforations centrales du périnée. Elles surviennent au moment des douleurs conquassantes, plus spécialement chez des primipares à vulve étroite, à tissus rigides, mal préparés à subir sans se rompre l'ampliation de la vulve par le fœtus. Leur mécanisme est peu différent de l'arrachement, de la perforation des petites lèvres, les parties centrales offrant moins de résistance que les parties latérales à l'ampliation desquelles peuvent concourir les tissus périphériques. Le plus souvent ces déchirures se réunissent avec facilité sans laisser de trace bien visible. Plusieurs fois il a été possible de trouver quelque vestige de déchirure, de perte de substance. Le tissu élastique vulvaire peut maintenir l'écart des lèvres de la plaie assez étendu pour empêcher toute réunion. La conclusion pratique est que l'*accoucheur ne doit jamais se départir de l'examen minutieux de la vulve après l'accouchement*, une petite plaie pouvant donner lieu au développement d'un état puerpéral infectieux.

Louis Boucher.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES.

Lundi 5 *septembre. — Séance de l'après-midi.*

Dans son discours d'ouverture, le président, le D[r] Henry *H. Smith*, de Philadelphie, remarque qu'il n'y a pas de pays où le soldat ait

perforation est en lui-même difficile à faire. L'incision doit être aussi petite que possible.

Jeudi 8 septembre. — Séance du matin.

Le Dr William *Varian*, de Titusville, fait une communication sur *l'étiologie et le traitement de la gangrène d'hôpital pendant la guerre.*

Il passe en revue les conditions qui facilitent son développement et discute la possibilité de l'existence d'un agent septique spécial. L'affection est locale et engendre un contagium auto-génératif par lequel elle s'étend.

Le traitement médical est inutile; il faut pratiquer la destruction complète des tissus malades par le bistouri et les acides.

Le Dr Charles-W. *Buvinger*, de Pittsburgh, lit un mémoire intéressant sur *l'étiologie et le traitement de la dysenterie et de la diarrhée des camps.*

Leur origine est pour ainsi dire inconnue, car on n'a pas découvert de micro-organisme qui les engendre.

Comme traitement, l'auteur emploie surtout la formule suivante :

Acide nitreux 43°...............	4	grammes.
Laudanum de Sydenham.........	8	—
Eau distillée.....................	180	—
Sirop simple.....................	250	—

Prendre une cuillerée à bouche dans un verre à Bordeaux toutes les trois heures.

Ou bien la formule suivante :

Poudre d'acacia.................	50	grammes.
Huile de térébenthine..........	60	—

Mélangez et ajoutez :

Eau..............................	100	grammes.
Sirop simple....................	400	—

Une cuillerée à café toutes les trois heures.

Le Dr Chas. W. *Brown*, d'Elmira, lit un essai intitulé : *l'étiologie et le traitement du tétanos.*

Il croit que le tétanos est une maladie spécifique, contagieuse et infectieuse, causée, d'après Rosenbach, par un microbe. Il cite les expériences pratiquées sur des animaux. Cette affection est souvent confondue avec la méningite cérébro-spinale.

Quant au traitement, la plaie doit être pansée antiseptiquement, le malade doit être isolé; on a employé la quinine à doses énormes (17 grammes) avec de bons résultats. Du reste, une longue série de drogues a été recommandée par divers observateurs.

Discussion sur *l'origine microbienne du tétanos*, par le Dr J. *Mc Gaston*, d'Atlanta, qui remarque que beaucoup de savants semblent

considérer l'origine bacillaire du tétanos comme prouvée, tandis qu'elle est loin de l'être. Il est vrai qu'on a trouvé un microbe spécial, qui se présente pendant le cours de la maladie; mais il peut en être le résultat et non la cause.

Quant à la contagion et à l'infection, le fait que le tétanos se déclare où il en existe déjà ne prouve pas qu'il ne soit pas causé par des conditions atmosphériques prédisposantes.

Il se peut toutefois que le tétanos résulte du développement d'une ptomaïne.

Comme traitement, il conseille l'emploi du chloroforme et l'administration de chloral et de bromure à fortes doses. Sur dix-huit cas qu'il a traités ainsi, dix ont guéri.

Séance de l'après-midi.

Le Dr Henri *Jones*, de Waterbury, fait une communication sur *les fractures du fémur par armes à feu.*

Pendant les années 1862 et 1863, il a traité, dans ses deux hôpitaux de campagne, 427 cas de ce genre.

Il donne en détail le nombre des blessés traités suivant des méthodes différentes et la mortalité comparative.

Il conclut de la manière suivante :

Les plaies antéro-postérieures ne guérirent pas mieux que les plaies transverses. Les fractures causées par des projectiles lancés à toute vitesse étaient plus dangereuses que celles produites par une balle allant plus lentement.

La mortalité était plus grande chez les prisonniers.

Les fractures par armes à feu se réunissent quelquefois plus vite que les fractures simples.

Il ne se produisit qu'un cas de pseudarthrose sur 268 cas traités dans des appareils.

Des hémorrhagies secondaires ne se déclarèrent que neuf fois.

Il y eut un seul cas de tétanos.

Le mauvais temps et une ventilation défectueuse engendrèrent la gangrène d'hôpital dans l'automne de 1863.

Le raccourcissement était en général de plus d'un pouce.

La formation du cal était souvent irrégulière et excessive.

La plupart des blessés ont été soignés sous tente.

Vendredi 9 septembre. — Séance du matin.

Le docteur Elisha H. *Gregory*, de Saint-Louis, lit un mémoire intitulé : *l'amputation pour traumatisme de parties vivantes n'est jamais nécessaire.*

Il passe en revue les nombreux procédés modernes qui rendent si souvent possible la conservation des parties lésées.

L'auteur étant absent, le Dr Marston en fait la lecture.

Ensuite, le Dr Eli A. *Wood*, de Pittsburg, présente au nom des membres de la section un vase d'agathe au président, le Dr Henri H. Smith, et une copie de résolutions remerciant le Dr Smith de l'intérêt qu'il a pris dans l'organisation de la section.

Le président prononce un discours de remerciement.

Séance de l'après-midi.

Le Dr E. *Griswold* fait une communication qui a pour titre : *Quelles sont, sur le champ de bataille, les indications pour amputation dans les plaies par armes à feu?*

Il passe en revue les conditions qui justifient l'intervention et recommande l'observation d'une stricte antisepsie.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Ruolz-Montchal qui vient de mourir à Neuilly, à l'âge de 80 ans, avait le titre de docteur en médecine, comme celui de docteur ès sciences et de docteur en droit. Il ne pratiqua jamais la médecine. Il se livra d'abord à la musique et fit même jouer quelques opéras. Plus tard, après avoir perdu une fortune considérable, il se livra à l'industrie et fit de remarquables découvertes, dont la plus connue est le procédé Ruolz. Il découvrit de même le moyen de fondre l'acier et certaines façons d'utiliser le bronze et la fonte qu'on emploie encore aujourd'hui.

Le Dr Rathier, député de l'Yonne, décédé à Chablis d'une congestion cérébrale, à l'âge de 59 ans.

Le Dr Pini, directeur de l'institut des enfants rachitiques de Milan, l'un des principaux promoteurs de la crémation en Italie.

Le Dr Olivier (Eugène-Prosper), pharmacien principal de 1re classe retraité, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 60 ans.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* Le Jury tiré se compose de : MM. de Beurmann, Huchard, Faisans, Nélaton, Quenu, Jalaguier, Bar ; M. Huchard sera président du jury.

Concours de l'externat. Le Jury est ainsi constitué : MM. Brissaud, Muselier, Josias, H. Martin, Schwartz, Tuffier, Campenon.

Congrès de Toulon. — Le congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est terminé le jeudi 29 septembre 1887, à quatre heures et demie. Cette dernière séance a eu lieu dans l'ancien réfectoire du couvent des Jacobins, sous la présidence de M. Rochard,

Après l'adoption du vœu suivant : « Considérant que l'hygiène, ayant pour objet la conservation de la vie, n'est en réalité qu'une application des lois biologiques, quels que soient les moyens employés pour réaliser cette application ; que par suite l'hygiène se rattache au groupe des sciences naturelles plus directement qu'à aucune autre et que ce rattachement importe à un classement méthodique ; que le président actuel de l'Association française (M. le Dr Rochard), qui est un hygiéniste distingué, représente actuellement au fauteuil le groupe des sciences naturelles,

« La section d'économie politique exprime le vœu que la section d'hygiène soit réunie désormais au groupe des sciences naturelles ».

L'Association dans cette même séance du soir, a procédé à l'élection du bureau pour l'année 1888. Ont été élus :

Président : M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des Arts-et-Métiers ;

Vice-président : M. de Lacaze-Duthiers, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut ;

Secrétaire général : M. Philippe de Clermont ;

Vice-secrétaire : M. Armand Fournier.

La prochaine session aura lieu à Oran, au mois d'avril 1888, et la session suivante (année 1889) à Paris.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours de midi à trois heures, dans le cabinet du doyen, du samedi 15 octobre au mardi 15 novembre inclus.

Le dossier scolaire de ces élèves sera constitué conformément aux règles établies par les articles 3 et 23 du décret du 30 juillet 1883.

Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'étudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des droits universitaires.

Faculté de médecine de Paris. — *Exercices de dissection.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à 4 heures.

Les démonstrations d'*ostéologie* commenceront le lundi 17 octobre.

Les pavillons de *dissection* seront ouverts à partir du jeudi 3 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillons et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants

de 2e et de 3e années ; les inscriptions ne leur seront point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à la Faculté).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa *feuille d'inscription* mise à jour par le secrétariat de la Faculté ;

2° La *quittance* constatant le payement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Dejars, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 18 octobre 1887, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'Ecole pratique.

Ce cours est facultatif ; il ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves. Les demandes d'admission devront être adressées au Doyen de la Faculté.

Un inspecteur général des pharmacies de France. — On annonce que M. Balaam, pharmacien, maire de Bar-le-Duc, vient, sur les instances du sénateur de la Meuse, M. Develle, d'être nommé inspecteur général des pharmacies de France aux appointements de 20.000 fr.

Le besoin se faisait-il sentir de cette nouvelle création, alors que tous les syndicats de pharmaciens émettent des vœux pour la suppression de l'inspectorat ? (*Répertoire de Pharmacie*).

Étonnant, par ce temps d'économies budgétaires.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 120 Jeudi 13 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 12 octobre 1887.

M. Chédevergne, professeur à l'école de médecine de Poitiers, est venu lire à l'Académie un travail sur l'épidémie de suette miliaire qui a récemment sévi dans le centre de la France. Il recherche l'origine de cette épidémie et constate que, depuis la grande épidémie de 1845, la suette était restée à l'état endémique à Poitiers ; les cas, il est vrai, étaient toujours isolés et extrêmement rares, puisque M. Chédevergne, dont la pratique est très étendue, n'en a constaté, en dix-sept ans, qu'une douzaine de cas. L'épidémie de 1887 a présenté deux particularités intéressantes : des manifestations méningo-encéphaliques fréquentes et entraînant la mort, et en second lieu les complications d'une suette secondaire venant s'ajouter aux variétés déjà nombreuses de cette maladie.

M. le professeur Leloir, de Lille, avait présenté, l'année dernière, à l'Académie, un remarquable travail sur la lèpre. L'Académie tardant beaucoup, comme cela arrive quelquefois, à présenter un rapport sur ce travail, M. Leloir le fit imprimer. Dès lors, il n'y avait plus lieu à rapport, et le mémoire que M. Ern. Besnier est venu lire hier était écrit à propos des recherches du jeune professeur de Lille. M. Besnier a condensé en quelques propositions les principales idées contenues dans son rapport pour en faire la base de la discussion qui doit s'élever prochainement sur ce sujet.

La lèpre, dit M. Besnier, n'est pas une maladie éteinte ; au contraire, elle constitue toujours un danger, en particulier pour notre pays. C'est une maladie humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé. Elle est transmissible par l'homme sans que le sol semble jouer aucun rôle. La misère et la promiscuité favorisent le développement de cette maladie. Il semble, au contraire, que les progrès de l'hygiène et de la sociologie générale puissent suffire à en arrêter le développement. Quant à l'hérédité, M. Besnier ne la nie pas d'une façon complète, mais il trouve que son influence a été fortement exagérée. A. Ch.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND, SUPPLÉANT M. LE PROF^r TRÉLAT.

I. Rétrécissement pénien. — II. Traitement de l'hydrocèle. — III. Traitement de l'hypospadias par la méthode du professeur Duplay.

Messieurs, j'ai aujourd'hui à faire devant vous bon nombre de petites opérations : je ne pourrai appeler votre attention que sur trois d'entre elles.

I. La première est une uréthrotomie interne que je vais pratiquer pour un rétrécissement pénien. Ces rétrécissements relèvent le plus souvent de deux facteurs : blennorrhagie ancienne et traumatisme dans le coït. Le malade, dont l'urèthre est déjà endommagé, se livre au coït avec une certaine brutalité. Il en résulte des déchirures du canal suivies d'hémorrhagies se bornant parfois à quelques gouttes de sang, mais parfois aussi plus abondantes ; ces déchirures amènent la formation d'un tissu cicatriciel, d'où la difficulté de la guérison. Le plus souvent, après le traitement par l'uréthrotomie interne, on observe des récidives.

Il y a quelque temps, j'ai pratiqué à un de ces malades l'uréthrotomie avec l'instrument d'Otis. Avec cet instrument, on fait à la fois une section de l'urèthre et une dilatation forcée. L'incision est d'ailleurs plus étendue qu'avec les autres uréthrotomes. Le malade, qui avait eu plusieurs récidives, s'en est fort bien trouvé. Aussi un de ses voisins de salle, déjà opéré avec l'uréthrotome de Maisonneuve, et atteint, lui aussi, de récidive, a-t-il demandé lui-même à être traité par la même méthode.

N'oubliez pas, Messieurs, que, quelque soit le résultat obtenu, ces malades devront continuer *pendant toute leur existence* à se passer des bougies ou mieux des Béniqué. Ce n'est que grâce à ce traitement prolongé qu'ils conserveront le bénéfice de l'opération.

II. J'ai également à traiter une hydrocèle à caractères classiques. Nous ne trouvons pas la cause de l'hydrocèle en question, et nous disons : hydrocèle idiopathique. Mais souvenez-vous que M. Panas, dans un excellent mémoire, a déclaré qu'il n'y avait pas d'hydrocèles idiopathiques. Celles qui recevaient autrefois ce nom provenaient de quelque lésion de l'épididyme, le plus souvent d'anciennes blennorrhagies.

Quoi qu'il en soit, deux modes de traitement sont actuellement en présence : 1° la méthode ancienne, ponction et injection irritante avec la teinture d'iode ou quelque autre liquide ; 2° la méthode nouvelle, méthode de Volkmann, par l'incision antiseptique. Julliard a rap-

porté 54 cas de succès par cette méthode. J'en ai également 2 à mon compte.

Quelle est donc la méthode préférable?

Messieurs, ici comme ailleurs, je ne suis pas exclusif et je déclare que cela dépend des cas. En définitive, la ponction avec injection irritante a le grand avantage d'être aussi efficace et de ne présenter aucun danger lorsqu'elle est faite avec toutes les précautions voulues. La méthode chirurgicale, sanglante, est évidemment toujours un peu plus aléatoire. Elle me paraît devoir être réservée à deux groupes et peut-être à trois groupes d'hydrocèles :

1° Hydrocèles ayant récidivé après le traitement par la ponction ;

2° Hydrocèles à parois très épaisses ;

3° Hydrocèles d'un volume considérable. Mais ce dernier groupe reste encore réservé.

Je vais donc, dans le cas actuel, et quoique l'hydrocèle soit très volumineuse, faire la ponction et l'injection iodée.

Quelle solution doit-on employer? Gosselin a fait cette remarque que la teinture d'iode avait pour grand avantage de ne pas déterminer de vaginalite adhésive, mais d'avoir une influence simplement modificatrice ; de telle sorte qu'il n'y a pas à redouter de complications fâcheuses du côté du fonctionnement du testicule. Cela est surtout vrai de la teinture d'iode *coupée ;* aussi l'éminent professeur conseillait-il, avant cinquante ans, d'employer des solutions au 1/3 ou au 1/2. Plus tard, il n'y a pas d'inconvénient à employer la teinture d'iode *pure.*

Messieurs, notre malade est âgé de 49 ans. D'autre part, souvenons-nous des nombreux insuccès que l'on a à déplorer avec la teinture d'iode coupée. J'emploirai donc ici la teinture d'iode pure. Si ensuite une récidive venait à se produire, il faudrait en arriver à l'incision antiseptique.

Rappelez-vous que ce n'est qu'au bout de 2 mois 1/2 ou 3 mois que le liquide a disparu, et ne vous impatientez pas de ne pas avoir plus tôt la guérison.

III. Messieurs, le troisième malade dont je veux vous entretenir était atteint d'un hypospadias péno-scrotal, c'est-à-dire que l'émission de l'urine se faisait par un pertuis situé à un travers de doigt au-dessus de l'angle que fait la verge avec le scrotum. Il a déjà subi en province une opération qui est un demi-succès, et que nous sommes appelés à compléter.

L'opération de l'hypospadias péno-scrotal a été parfaitement conçue par le professeur Duplay qui l'exécute comme je vais vous l'exposer :

Tout d'abord, la verge des hypospades est presque toujours at-

teinte d'une incurvation très marquée, très gênante pour le coït. M. Duplay a donc imaginé d'opérer son malade en trois temps ;

1° Redressement de la verge et confection d'un méat ;

2° Confection de l'urèthre ;

3° Obturation du faux méat, de l'orifice cutané de l'hypospadias.

1° La verge est maintenue incurvée par une bride cutanée. On sectionne cette bride et on redresse la verge. Cette section laisse une surface cruentée de forme lozangique. On rapproche les lèvres de l'incision par des points de suture.

Dans le même temps, on peut confectionner le méat (sans toucher, bien entendu, à l'orifice par lequel s'écoule provisoirement l'urine). Pour cela, on avive les deux bords du gland, et si la concavité de la gouttière n'est pas suffisante pour qu'on puisse les rapprocher, on fait une incision au fond de cette concavité. Puis on rapproche les deux bords avivés et on les suture, après avoir placé un bout de sonde dans la gouttière que l'on veut fermer. Cela fait, on renvoie le malade et on lui donne rendez-vous pour dans huit à neuf mois.

2° Il s'agit maintenant de confectionner l'urèthre. Toujours sans toucher à l'orifice cutané de l'hypospadias, on opère de la façon suivante :

Le méat existe et il contient une sonde. A 2 ou 3 millimètres de cette sonde, on pratique de chaque côté de la verge deux incisions verticales. On a ainsi deux petits volets qui vont se rabattre sur la sonde, mais qui ne seront pas suffisants pour la recouvrir. Alors, plus en dehors, on prend deux autres volets, plus considérables et capables amplement de recouvrir la sonde : on rapproche les deux volets, et à la base du pli qu'ils forment par leur rapprochement, on fait une suture enchevillée, c'est-à-dire qu'on fait la suture sur deux petits bords de sonde placés antérieurement de part et d'autre du repli cutané.

3° On attend que la réunion soit obtenue, et alors seulement on obture l'orifice cutané de l'hypospadias par une autoplastie très simple.

Cette conduite est celle que j'aurais tenue sur un malade vierge de toute intervention chirurgicale. Mais il n'en est pas ainsi dans le cas actuel, et le malade se présente à nous dans la situation suivante ; nous voyons près du scrotum la trace de l'ancien orifice de l'hypospadias qui a été obturé ; puis une ligne cicatricielle ; puis vers le milieu de la verge, une fistule ; et enfin, au-dessus, une part de peau qui reconstitue le canal ; puis le gland et la partie tout à fait antérieure de l'urèthre divisés par une gouttière.

Messieurs, je vais considérer la fistule comme si elle était l'orifice

cutané de l'hypospadias, et je vais opérer sur le gland et l'urèthre par le procédé de Duplay. Quand la réunion sera obtenue, je procéderai à la fermeture de la fistule. L. Greffier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° des lettres de MM. les Drs Richelot, Nicaise, Péan, Paul Berger et Chauvel qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale ; 2° des lettres de MM. les Drs François Frank, Paul Regnard et Gréant qui se portent candidats dans la section d'anatomie et de physiologie ; 3° une lettre de M. le Dr Louis Thomas (de Tours), président du comité pour l'érection à Tours d'un monument en l'honneur de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, priant l'Académie d'envoyer une délégation à l'inauguration de cette statue qui aura lieu le dimanche 30 octobre prochain. MM. Léon Labbé, élève de Velpeau, et C. Paul, élève de Trousseau, sont désignés pour représenter l'Académie.

La suette miliaire poitevine. — M. le Dr *Chédevergne* (de Poitiers). M. Brouardel, dans son rapport sur l'épidémie de suette du Poitou, s'est demandé si la suette n'était pas venue de Poitiers ; la question est toujours posée, c'est aux médecins de la région de chercher à y répondre. Il y a eu dans la Vienne des cas isolés de suette, depuis la grande épidémie de 1845. Depuis dix-sept ans, M. Chédevergne a noté une douzaine de cas, mais toujours la suette n'a frappé que des gens affaiblis par une autre maladie ; M. Chédevergne n'a jamais constaté deux cas de suite, le moindre intervalle observé est d'un an. Il y a donc à Poitiers une endémie manifeste, mais extrêmement peu marquée.

En résumé, dit M. Chédevergne, l'épidémie de suette poitevine a présenté deux particularités remarquables, deux anomalies : 1° la mort par des manifestations méningo-encéphaliques fréquentes à la suite de la rétrocession de l'exanthème morbilleux ; 2° la complication d'une suette secondaire qui vint s'ajouter aux variétés déjà nombreuses de ce protée. Si l'on parcourt, en effet, la région du centre de la France où a régné avec intensité la rougeole, par exemple de Bourges à Montmorillon et bien au delà, en passant par Poitiers, on trouve la rougeole pure, la rougeole avec miliaire discrète, la rougeole avec miliaire confluente ou rougeole compliquée de

suette miliaire, la suette rubéolique et la suette miliaire véritable. (Comm. : MM. Léon Colin, Besnier, Bucquoy.)

La lèpre. — M. *Ernest Besnier* lit un travail sur la lèpre à propos du mémoire présenté l'année dernière à l'Académie par M. le professeur Leloir (de Lille). Ce mémoire a été imprimé avant d'avoir pu être l'objet d'un rapport de l'Académie.

M. Besnier résume ainsi son travail :

Loin d'être une maladie éteinte, la lèpre tient au contraire une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale ; elle présente pour ce pays un intérêt direct.

Ce n'est ni une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique ; c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé.

Sa transmissibilité s'exerce dans une mesure extrêmement variable et selon des conditions en partie dévoilées, en plus grande partie ignorées ; l'homme semble être le seul agent ou au moins l'agent essentiel, inévitable de cette transmission.

Il est à peu près certain que la lèpre peut être transmise pendant la vaccination par exemple. Il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre et qu'elle reste attachée à lui, non au sol ; il est certain qu'on peut la contracter par l'hérédité, mais le péril héréditaire est infiniment moins grand qu'on ne le croit encore et l'on peut aujourd'hui protester hautement contre la fatalité héréditaire dans laquelle on a jusqu'à maintenant renfermé les lépreux.

Des conditions extrinsèques, telles que la misère sociale et la promiscuité sordide, fournissent au plus haut point la propagation de la maladie ; les conditions inverses, un état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée annihilent à peu près sa faculté contagieuse.

Ainsi, mieux conçue et plus clairement définie, grâce aux travaux des médecins contemporains parmi lesquels beaucoup sont nos compatriotes et au premier rang desquels il faut placer M. Leloir ; grâce au développement des doctrines de l'illustre Pasteur, la lèpre est entrée dans la période définitive de son histoire ; dès maintenant la médecine peut lui opposer une prophylaxie certaine, basée sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générale, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge et en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque.

M. *Le Roy de Méricourt* demande que la discussion de ce travail soit remise après la discussion sur la syphilis.

La discussion est remise pour permettre aux membres de l'Académie de lire d'abord cet important mémoire.

Note sur le traitement des kystes traumatiques de l'abdomen par la laparotomie. — M. *Le Dentu* lit un travail qui est renvoyé à l'examen de la section de pathologie chirurgicale.

La séance est levée à 5 heures.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

SÉANCES GÉNÉRALES

Mercredi 7 septembre.

Présidence du Dr *Durante*, de Rome, un des vice-présidents.

La *Bactériologie et ses relations thérapeutiques*, par le Dr Mariano *Semmola*, de Naples.

Le but de la médecine est la guérison des maladies ; pour guérir les maladies, nous devons en connaître les causes. Les causes externes sont visibles, mais la science médicale cherche à découvrir les causes internes, invisibles. Il n'y a qu'une méthode qui puisse nous fournir la résolution du problème — la méthode expérimentale. — Avant qu'elle ne fût connue, le médecin se perdait en conjectures fantastiques. Les progrès étonnants de la physiologie lui doivent leur origine.

Lorsque le médecin a découvert une condition morbide, il tend à abandonner ses recherches lentes et minutieuses, car il a hâte d'arriver au remède qui lui permettra de la guérir. Cette hâte est incompatible avec les principes mêmes de la méthode expérimentale. C'est ainsi que le médecin arrivait à des conclusions sans avoir trouvé les faits qui pouvaient les justifier.

Il retomba dans les erreurs de la médecine ancienne, et il continuera à y retomber tant qu'il ne s'adressera pas à l'expérimentation.

Nous nous trompons en pensant que la bactériologie peut fournir la clef de toute pathologie. Nous devons l'étudier, car elle nous enseigne ce qui existe dans le monde microscopique ; mais dans les efforts que nous faisons pour guérir les malades, nous devons procéder avec précaution. En nous servant d'un remède dont nous ne connaissons pas la valeur, telle que les faits peuvent nous la démontrer, nous risquons de faire du mal là où nous voudrions faire du bien. C'est dans ce sens que la bactériologie moderne est nuisible, car les médecins ont conclu de suite que des microbes étaient les causes de maladies quand souvent ils n'en sont que les effets. Nous devons reproduire artificiellement une maladie par l'action du

microbe, avant de conclure qu'il en est la cause. Jusqu'ici la tuberculose et l'anthrax nous ont seuls fourni des résultats satisfaisants. Quand nous concluons à la légère que tel ou tel microbe est la cause de telle ou telle maladie, nous ignorons et nous mettons de côté la méthode expérimentale.

La démonstration qu'exige la méthode expérimentale dans ce cas est complexe, car non seulement nous serions obligés de savoir que le microbe existe, mais nous serions obligés de savoir quelle est la condition du sang nécessaire à la culture de ce microbe spécial. La science ne nous fournit pas encore les données nécessaires pour résoudre ce problème.

Nous savons fort peu de choses sur la condition normale du sang.

Pour que la bactériologie nous vienne en aide dans la guérison des maladies, nous devons non seulement apprendre tout ce que nous pouvons sur le microbe lui-même, mais encore rechercher quelles sont les conditions du champ de culture. Voilà ce que la science actuelle ne sait pas encore, et nous ne pouvons encore nous servir de la bactériologie comme guide dans le traitement des maladies internes. La bactériologie nous parle de la nécessité d'un champ de culture spécial ; mais, quel est ce champ ? Nous n'en savons rien ; la bactériologie n'est point une science, car une science ne peut se composer de choses inconnues, elle va du connu à l'inconnu.

Si l'on suppose un fait au lieu de le démontrer, on ne reproduit pas les phénomènes de la nature. La puissance de l'homme disparaît dès qu'il a recours aux hypothèses. Si les lois de la nature ne sont pas respectées, le téléphone ne marchera pas, la lumière électrique n'éclairera pas, la machine à vapeur s'arrêtera.

Le médecin prétendrait-il donc être maître de la nature, sans qu'il connaisse même ses lois ?

Le bactériologie nous mènera sans doute à une série de découvertes utiles, mais jusqu'ici elle n'a pas donné de résultats pratiques dans la guérison des maladies internes ; il n'a point été démontré dans quelle mesure les microbes sont les causes des maladies.

Le professeur Semmola émet le vœu que la jeune génération continue les recherches expérimentales que les grands maîtres lui ont transmises ; elle doit renoncer à toute idée préconçue et interroger la nature sans la torturer.

Jeudi 8 septembre.

Le Dr A. Y. P. *Garnett*, de Washington, propose la résolution suivante, qui est adoptée à l'unanimité :

« Vu qu'il y aura dans la ville de Washington en 1892, une célé-

bration internationale en l'honneur du 400e anniversaire de la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb, et une exposition d'histoire, des arts et des industries de toutes les nations;

« Il est résolu que le Congrès international de médecine et de chirurgie approuve cette entreprise patriotique et la recommande aux nations du monde entier. »

Puis on passe à la nomination d'un Comité qui décidera où le prochain Congrès doit se réunir :

République Argentine. — Dr Villa, de Buenos-Ayres.
Autriche-Hongrie. — Dr Farkas, de Buda-Pesth.
Belgique. — Dr Gervais, d'Anvers.
Brésil. — Dr Freire, de Rio-Janeiro.
Chine. — Dr Boone, de Shanghaï.
France. — Dr Landolt, de Paris.
Empire d'Allemagne. — Dr Martin, de Berlin.
Grande-Bretagne. — Dr Pavy, de Londres.
Italie. — Dr Semmola, de Naples.
Japon. — Dr Saiga, de la Marine impériale.
Mexique. — Dr Alvarado, de Mexico.
Russie. — Dr Reyher, de Saint-Pétersbourg.
Espagne. — Dr Lalearda, de Séville.
Suède et Norwège. — Dr Tillman, d'Halinstadt.
Suisse. — Dr Cordes, de Genève.
Turquie. — Dr Post, de Beyruth.
États-Unis. — A. L. Gihon, de la marine des États-Unis.
Egypte. — Dr Grant (Bey), du Caire.

Ensuite le Dr P. G. *Unna*, de Hambourg, fait un discours en allemand sur *les relations de la dermatologie et de la médecine.*

Il s'efforce de prouver que tout médecin trouvera un grand intérêt à ce que la dermatologie soit étudiée d'une manière plus sérieuse et plus générale. La dermatologie est encore dans son enfance; son développement a été entravé par les grandes difficultés qui se présentent dans l'étude des maladies de la peau, difficultés qui dérivent de sa position externe et de sa structure compliquée. L'auteur montre, en détail, les différences dans l'apparence des symptômes suivant la région qu'occupe la maladie, les changements qui se produisent dans les symptômes avec le développement des maladies de la peau, les variétés engendrées par l'influence d'agents extérieurs, du climat, de la saison, du pays, des races, du sexe et de l'âge. Parmi les agents externes, nos connaissances actuelles nous forcent à placer les parasites au premier rang.

L'analyse minutieuse de chacun des symptômes d'une affection cutanée peut seule nous aider à surmonter ces difficultés. Les pro-

grès qui se feront dans ce sens seront d'une grande utilité pour la pathologie générale et la thérapeutique, car les faits peuvent se prouver à l'œil nu. L'étude approfondie de la dermatologie contribuera à l'avancement des autres branches de la médecine (la pathologie interne aussi bien que la chirurgie), car elle occupe une position intermédiaire entre elles. L'orateur voudrait que des expériences pathologiques et thérapeutiques se fissent sur la peau humaine, et non sur des animaux; cette méthode a déjà amené la découverte de faits nouveaux, ainsi que le prouvent les exemples qu'il en donne.

La création de chaires nouvelles et de laboratoires spéciaux ne suffit pas à l'investigation sérieuse des maladies de la peau; il faudrait fonder un institut central où des savants renommés travailleraient ensemble et où seraient réunis toutes les méthodes et tous les moyens qui facilitent l'étude. La dermatologie sera considérée alors comme une des spécialités médicales les plus importantes et elle pourra contribuer à l'avancement de la science dans toutes ses branches. L'orateur émet le vœu que les Etats-Unis, qui ont tant fait pour l'avancement de la science, soient les premiers à faire un effort vers l'accomplissement de cet idéal.

Vendredi 9 septembre.

Le secrétaire général rapporte que la commission élue dans ce but a décidé que le « Dixième Congrès international de médecine et de chirurgie » serait tenu à Berlin en 1890.

Puis il lit les résolutions adoptées par la section militaire, recommandant « l'uniformité des rapports sur les malades et blessés dans toutes les armées du monde ».

On passe ensuite à des questions administratives.

Le Dr Fielding *Blandford*, de Londres, fait un discours sur *le traitement de cas récents d'aliénation mentale dans les asiles et dans les maisons particulières*. L'auteur parle de folie récente seulement, et se demande quelles seront les conditions qui en faciliteront la guérison. Il y a des gens pour qui le fait d'avoir été dans un asile serait désastreux; il faut discerner suivant les cas, et, lorsqu'il est possible, traiter ces personnes-là chez elles.

L'attaque d'excitation maniaque, alcoolique ou autre, est le désordre mental le plus transitoire.

Les mélancoliques ne sont pas violents; le danger principal est le suicide; ensuite le refus de prendre toute nourriture. L'égoïsme intense, qui est la caractéristique de la maladie, est encouragé par les soins de ceux qui entourent le malade, s'il reste chez lui.

Le traitement des fous dans une maison particulière est coûteux.

Nous nous bornerons, pour terminer notre compte rendu du congrès de Washington, à prendre dans les différentes sections les quelques points qui nous paraîtront devoir intéresser particulièrement nos lecteurs.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS.

Président : J. Lewis *Smith*, de New-York.

Lundi 5 septembre. — Séance de l'après-midi.

Le Dr *Jules Simon*, de Paris, lit un essai sur *une forme d'irritation cérébrale chez les enfants.*

Elle ne résulte point de lésions organiques, elle n'est pas d'origine héréditaire ou syphilitique, mais elle est due à la manière déplorable dont on élève les enfants. Leur sommeil est souvent interrompu, ils sont sous le coup d'excitations constantes qui finissent par produire des vomissements et des convulsions.

Vers l'âge de cinq ans, ou ils guérissent ou ils succombent à la sclérose cérébrale, l'épilepsie ou la méningite. Le médecin doit interdire toute cause d'excitation. La campagne ou le bord de la mer doit être préféré comme lieu d'habitation.

M. *de Saint-Germain* n'a pu se rendre au Congrès et envoie une courte note dans laquelle il propose de substituer l'ignipuncture des amygdales à la tonsillotomie et la dilatation du prépuce à la circoncision.

Dans le premier cas, il opère au thermo-cautère, pénétrant assez profondément dans l'amygdale. Il renouvelle l'application trois ou quatre fois à des intervalles d'une semaine. Dans le second cas, il se sert d'un dilatateur à deux lames; il l'introduit dans le prépuce qu'il dilate tout simplement et dont il sépare les adhérences au moyen d'une sonde cannelée.

Le Dr Lewis A. *Sayre*, de New-York, fait une communication sur *les conséquences nuisibles du prépuce étroit et des adhérences préputiales.*

On admet en général, de nos jours, que la pression du prépuce sur le gland peut donner lieu à des phénomènes de paralysie et à d'autres accidents nerveux. Le seul mode de traitement consiste à faire disparaître la constriction et à permettre au prépuce de glisser facilement sur le gland.

Dans certains cas, pour obtenir ce résultat, on est obligé d'avoir recours à la circoncision, ou à l'ablation d'une portion du prépuce, avec dissection des vraies adhérences qui peuvent exister. Souvent, il n'est pas nécessaire d'enlever une partie du prépuce et l'on peut détruire les adhérences à l'aide de la sonde cannelée, faire une légère incision dorsale, libérer le frein et ainsi découvrir le gland. L'abla-

tion complète du prépuce, laissant le gland entièrement à découvert, ne doit pas se pratiquer.

Il existe, sans doute, toute une série de manifestations nerveuses anormales et extraordinaires, qui dépendent uniquement d'une irritation des organes génitaux ; l'intervention chirurgicale les fait disparaître instantanément. Il est évident que l'opération reste sans résultat lorsque les accidents ont une origine centrale.

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'emploi d'élèves du service de santé militaire.

Candidats à 16 inscriptions. — MM. Barthélemy (Pierre-Eugène-Gabriel), Delacroix (Gaston-Louis-Marie), Gilles (Paul-Mathieu-Marie).

Candidats à 12 inscriptions. — MM. Claude (Julien-Aimé-Eugène), Moutet (Louis-Victor-Maxime), Amat (Léopold-Gaston), Claude (Raymond-Charles), de la Porte (Raymond-Pierre).

Candidats à 8 inscriptions. — MM. Albert (Marie-Léonard-Ernest), Decaux (Charles-Félix-Bernard), Biscons (Anne-Hippolyte-Isidore), Spillman (Joseph-Aloysé-Roger), Darricarrère (Jean), Boursiac (Bernard-Marie), Ausset (Edouard-Louis), Jouis (Constant-Camille-Marie), Blum, (Edmond), Vielle (Auguste), Faivre (Gustave-Pierre-Armand), Moingeard Philibert-Jean-Joseph-Amédée), Roy (Jean-Paul), Martin (Henri-Charles-Philippe), De Schuttelaire (Georges-Albert-Emile), Nicolas (Jacques-Joseph), Sourier (Jean-Maurice-Albert), Marty (Alphonse-Justin-François).

Candidats à 4 inscriptions. — MM. Vialle (Jacques-Julien), Muller (Louis-Pierre), Jacob (Octave-Jean), Meyer (Eugène-Charles-Emile-Jean), Cros (Louis-Marius-Isidore-Léon), Giorgi (Ange-Toussaint), Regnault (Emile-Charles), Le Clerc (René-Marie-Joseph), Menut (Jean-René-Adhémar), Solmon (Jules), Huot (Henry-Auguste), Mouginet (Charles-François-Alphonse), Cordillot (Jean-Ernest-Joseph), Lejonne (Henri), Toubert (Joseph-Henri-Raymond), Montaltí (Henri-Vincent), Le Fort (René-Léon), Ulliel (Jean-Marie-Gabriel), Dubuc (Jean-Cosme), Besson Charles-Albert-François), Aune (Charles-Amédée), Mourier (Henri-Emile-Jacques), Baumétrieille (Pierre-Camille-Auguste), Masson (Joseph-Victor-Camille), Soulié (Honoré-Pierre-Philippe-Jacques), Descorps (Benoît), Marotte (Auguste-Charles-Hilaire), Saulay (Auguste-Octave-Désiré), Dubiquet (Auguste-Camille), Rossi (Louis-Marius-Adolphe).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 121 Samedi 15 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Un nouvel anesthésique local : la sténocarpine.

Le Dr J. Herbert Claiborne, répétiteur d'ophthalmologie à la polyclinique de New-York, publie dans le *Medical Record*, de New-York, l'histoire de la découverte d'un nouvel anesthésique local.

L'automne dernier, M. M. Goodman, vétérinaire, traversant la commune de West Feliciana, eut besoin d'appliquer un cataplasme sur le genou d'un cheval. N'ayant sous la main aucun des ingrédients habituellement employés, il ramassa par terre un certain nombre de feuilles et, après les avoir ramollies dans l'eau chaude, il les appliqua en guise de cataplasme sur la partie enflammée. Lorsque la tuméfaction fut assez développée, il fit une incision sur la région, sans que le cheval manifestât la moindre douleur. Il pensa que ces feuilles pouvaient avoir des propriétés anesthésiques et quelques semaines après, ayant l'occasion d'ouvrir une bourse synoviale enflammée au genou d'un autre cheval, il fit un cataplasme du même genre, l'appliqua sur la région comme il l'avait déjà fait, et il fit encore une incision sans que l'animal parût rien sentir.

Le Dr Allen M. Seward, de Bergen Point, N. J., ayant obtenu, par l'entremise de M. Goodman, une certaine quantité de ces feuilles, en fit l'analyse. Il y trouva un certain nombre de principes constituants parmi lesquels un alcaloïde, et ayant pu éliminer tous ces principes comme dénués de toute action anesthésique, il vit que tout le pouvoir anesthésique résidait dans l'alcaloïde. Il fit une solution de cet alcaloïde à 2 p. 100 et il vit qu'avec quelques gouttes de ce liquide on obtenait l'anesthésie sur l'œil d'un chat. L'arbre est connu dans le pays sous le nom d'arbre enveloppé de larmes (Tear Blanket Tree).

Il atteint une hauteur de 35 à 40 pieds ; le tronc offre un diamètre d'environ dix-huit pouces et son feuillage couvre un espace de trente à trente-cinq pieds. Ses feuilles ressemblent à celles de l'aca-

cia ; l'écorce est lisse. Dans toute sa hauteur l'arbre est garni de piquants bifides qui s'élèvent à angle droit sur les branches ou sur le tronc. Quoique M. Goodman soit né dans le pays, il n'a jamais vu cet arbre fleurir. Comme fruit, il porte des cosses de huit ou dix pouces de large, molles et légèrement incurvées, contenant des graines et un liquide visqueux. Les épines sont très fortes et très lisses et le bois est extrêmement dur. L'arbre croît par groupe ou isolément ; il est abondant dans la Louisiane.

A cause de la ressemblance de cet arbre avec l'acacia stenocarpo, le Dr Seward a appelé le nouvel alcaloïde sténocarpine. Il serait préférable toutefois de réserver le nom de l'alcaloïde jusqu'à ce que le nom botanique de l'arbre soit connu.

Le D Claiborne doit à l'amabilité du Dr Seward 3 gr. 50 d'une solution à 2 0/0 de cet alcaloïde. Voici les résultats qu'il a obtenus.

Le 25 juin, deux gouttes d'une solution aqueuse de l'alcaloïde furent instillées dans l'œil d'un lapin. En cinq minutes il se fit une insensibilisation complète de la cornée, de la conjonctive palpébrale et de la conjonctive bulbaire, de telle sorte que l'on put abraser l'épithélium de la cornée, pincer et tirailler la conjonctive sans que le lapin manifestât la moindre sensation.

Au bout de dix minutes, l'insensibilité persistait et il y avait de plus une légère dilatation de la pupille. La fente palpébrale semblait plus large qu'au début.

Au bout de quinze minutes, la fente palpébrale était manifestement élargie, l'anesthésie persistait et la dilatation pupillaire avait augmenté.

Au bout de vingt minutes, la dilatation de la pupille était arrivée à son maximum, l'anesthésie restait la même; il n'y avait pas de changement dans la largeur de la fente palpébrale.

Après quarante minutes, il y avait une légère sensibilité de la conjonctive, mais l'anesthésie de la cornée restait complète. La pupille était aussi dilatée et la fente palpébrale aussi large. Pendant la période d'anesthésie, la cornée présentait le même aspect sec et vitreux que pendant l'anesthésie par la cocaïne.

Trente-six heures après la dernière observation, la pupille était encore dilatée au maximum, l'anesthésie avait entièrement disparu et la fente palpébrale avait repris ses dimensions normales. Il n'y eut à aucun moment de pâleur de la conjonctive.

On plaça de même deux gouttes à la face inférieure de l'une des oreilles de l'animal et au bout de dix minutes on pouvait piquer avec un bistouri la surface couverte par les gouttes sans provoquer chez ce lapin le moindre cri ou le moindre mouvement. En piquant les parties voisines, on provoquait au contraire une douleur évidente.

Comme au bout de deux jours il ne s'était manifesté aucun symptôme fâcheux, l'auteur obtint de son ami, le Dr Allis, de Plainfield (N.-Y.), qu'il lui permît de faire l'expérience sur l'un de ses yeux. Voici quels ont été les résultats obtenus.

Le 27 juin, trois gouttes de la solution sont instillées dans l'œil gauche; elles provoquent une légère cuisson. Immédiatement après il y a un peu de larmoiement.

Après cinq minutes, l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive est complète; la réaction de la pupille à la lumière est normale; il n'y a pas de dilatation, la fente palpébrale est légèrement élargie. Le Dr A. se plaint d'éprouver une sensation de raideur dans les paupières.

Huit minutes : le punctum proximum est placé à cinq pouces, les paupières sont moins raides, mais les globes oculaires paraissent plus pleins qu'auparavant.

Dix minutes : l'anesthésie est encore complète, la fente palpébrale est manifestement augmentée, il n'y a pas de différence appréciable entre les pupilles.

Treize minutes : le punctum proximum est à cinq pouces.

Quinze minutes : l'anesthésie est la même, la largeur de la fente palpébrale n'a pas changé; la pupille gauche est un peu plus large que la droite; toutes deux réagissent très bien sous l'influence de la lumière et de l'accommodation ; la pupille est élargie dans tous les sens; la conjonctive est un peu plus pâle qu'à l'ordinaire.

Dix-huit minutes : le punctum proximum est toujours à cinq pouces.

Vingt minutes : l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive n'est pas complète; en touchant ces membranes avec le crochet à strabisme, on donne la sensation d'une légère piqûre. La dilatation a augmenté; la pupille réagit sous l'influence de la lumière directe, pendant l'accommodation et pendant les contractions de la pupille de l'autre côté. Il n'y a aucun trouble de la vision.

Vingt-trois minutes : le punctum proximum est à six pouces.

Vingt-cinq minutes ; l'anesthésie et l'élargissement de la fente palpébrale persistent; la dilatation de la pupille est encore complète.

Vingt-huit minutes ; le punctum proximum est à sept pouces.

Trente minutes : l'anesthésie a cessé; la pupille gauche est dilatée au maximum et régulière; elle ne présente aucune réaction sous l'influence de la lumière de l'accommodation ou des mouvements de l'autre pupille. La pupille droite est à peine large comme une tête d'épingle, elle est un peu irrégulière. On ne trouve aucune différence dans la tension intra-oculaire de chaque côté. Bien que la pupille droite soit contractée, elle réagit sous l'influence de la lumière et

de l'accommodation. Il n'y a aucun retentissement général. Le pouls est à 80.

Trente-trois minutes : le punctum proximum est à sept pouces et demi.

Soixante minutes : la fente palpébrale est moindre que tout à l'heure ; la dilatation de la pupille est encore complète et régulière ; la pupille réagit faiblement à la lumière et sous l'influence de l'accommodation. Le punctum proximum est à neuf pouces.

Dans l'après-midi du même jour, le docteur était incapable de lire avec son œil gauche. L'œil droit était intact.

Le 28 juin, à 4 heures de l'après-midi, le punctum proximum est à douze pouces ; la dilatation pupillaire est moyenne, la fente palpébrale est normale ; la pupille réagit faiblement.

Le 29 juin : le punctum proximum est à huit pouces. La pupille n'est plus que légèrement dilatée et elle réagit d'une façon notable à la lumière.

Le 30 juin, la pupille est normale, et le punctum proximum est à cinq pouces.

A aucun moment il n'y eut de symptômes pénibles, de sorte que le Dr A. n'eut pas à regretter de s'être ainsi sacrifié pour la science.

Les jours qui ont suivi ces expériences on a enlevé un certain nombre de corps étrangers de la cornée sans que les malades parussent souffrir. Deux gouttes suffisaient généralement, mais dans un cas où la cornée était très enflammée il fallut quatre gouttes pour amener une anesthésie complète. Toutes les fois que la conjonctive était fortement enflammée, elle conservait un certain degré de sensibilité qui semblait en proportion directe avec l'intensité de l'inflammation, mais dans tous les cas il fut possible d'obtenir une anesthésie complète. Lorsque l'anesthésie cessait, la conjonctive redevenait toujours sensible avant la cornée.

Dans plusieurs cas où l'on avait instillé plus de quelques gouttes, la dilatation de la pupille devint extrêmement prononcée, on ne distinguait plus guère que le bord de l'iris. Dans tous les cas, la pupille a repris ses dimensions normales au bout d'un certain temps.

Un certain nombre de cas de conjonctivite simple furent traités de cette manière. On nota invariablement une certaine constriction des vaisseaux, mais celle-ci n'approchait nullement de celle causée par la cocaïne. Les malades déclaraient uniformément que les yeux leur faisaient moins de mal et étaient plus clairs après l'usage du collyre.

Dans deux cas d'iritis où la pupille était très petite, on obtint un grand effet de deux gouttes seulement. Dans un cas de pannus trachomateux, la pupille n'était pas complètement dilatée au bout d'une heure, bien qu'on eût instillé six ou sept gouttes.

L'auteur a observé chez trois malades une dilatation irrégulière de la pupille, comme chez le Dr Allis ; un malade, toutefois, avait une atrophie partielle de la pupille de l'œil malade ; de même on a observé dans l'œil sain une contraction irrégulière de la pupille, qui n'allait pas, toutefois, jusqu'aux dimensions d'une tête d'épingle.

Dans le but de s'assurer de l'effet du médicament sur la muqueuse du nez, le Dr L.-P. Walker, de New-York, badigeonna avec la solution la muqueuse recouvrant le cornet inférieur de la narine droite de l'auteur. Dix minutes après, le Dr H. Claiborne ne sentait plus le contact d'un stylet. Au contraire, la sensibilité provoquée par le contact de la sonde dans les points qui n'avaient pas été en présence avec le collyre montrait la netteté de l'observation. La partie anesthésiée présenta une certaine pâleur, mais sans aller jusqu'à la contraction des vaisseaux. Cela peut s'expliquer par le fait qu'on n'avait employé qu'une très petite partie de la solution.

Le Dr Claiborne se fit également instiller dans l'oreille droite quatre ou cinq gouttes de la solution. Deux minutes après, on pouvait appuyer une sonde sur la membrane du tympan ; d'abord, il n'y avait qu'une sensation tactile, mais après quelques secondes il y avait une légère douleur.

Après avoir attendu dix minutes encore, le Dr Walker toucha le tympan en différentes places. Le Dr Claiborne n'éprouva pas de douleur à proprement parler, mais cette sensation très désagréable qu'on éprouve lorsqu'on touche légèrement le tympan avec un instrument mousse. Dans l'autre oreille, où l'on n'avait pas instillé l'anesthésique, la sensation était à peu près la même, mais le tympan sur lequel on avait appliqué la sténocarpine était un peu moins sensible que l'autre. Il n'y avait d'ailleurs aucun autre symptôme que la légère surdité causée par la présence d'un peu de liquide au contact du tympan. Cette surdité disparut dès que le liquide se fut écoulé.

Quant à l'anesthésie produite sur la peau, le Dr Seward a enlevé par ce moyen une verrue de la figure d'une jeune fille, en cautérisant avec le nitrate acide de mercure, sans que la malade ressentît aucune douleur. Claiborne imbiba de la solution à 2 0/0 une mince couche de coton hydrophile et l'appliqua sur la face antérieure de son avant-bras gauche. Au bout de vingt minutes, il pouvait piquer la peau avec un scalpel sans éprouver la moindre sensation. Dix minutes après, il fit une incision d'un demi-pouce de long sur la région qui avait été recouverte par le médicament. En traversant la peau, il n'y eut qu'une très légère sensation, plus profondément l'anesthésie était complète. Il laissa tomber dans la plaie quelques gouttes de la solution et continua à disséquer jusqu'à l'aponévrose, sans éprouver d'autre sensation que le grattage du bistouri contre le tissu conjonctif.

Voici de nouvelles preuves de l'action anesthésique de ce médicament sur la peau.

Un Irlandais de 50 ans se présente au Northswestern Dispensary, dans le service du Dr Claiborne, pour une otite moyenne catarrhale aiguë. Il avait en outre un kyste sébacé du front, au-dessus de l'œil gauche. Il consentit à se laisser enlever cette tumeur lorsqu'on lui eut affirmé qu'il n'éprouverait aucune douleur. Une mince couche de coton hydrophile, imbibée de la solution, fut appliquée sur le kyste et son voisinage ; vingt minutes après il n'y avait aucune sensibilité de la peau. En dix minutes, une longue incision horizontale permit de disséquer la peau sur tout le pourtour du sac jusqu'à l'os et d'enlever le kyste entièrement. Le malade, tranquillement assis, n'éprouva rien pendant toute l'opération, sauf quand on grattait dans la profondeur du tissu conjonctif ; il trouva alors que cela le grattait un peu. Quelques gouttes de la solution furent immédiatement injectées à ce niveau et l'on put achever l'opération sans que le malade fît entendre un mot. Lorsqu'on lui demanda si cela lui avait fait mal, il répondit qu'il s'était souvent fait plus de mal que cela avec la pointe d'une épingle. L'application des sutures ne causa aucune douleur et la plaie, pansée par la méthode antiseptique, guérit par première intention. Le malade fut abasourdi quand on lui montra la tumeur qu'on venait de lui enlever.

Le Dr Claiborne n'a fait aucune recherche sur les effets physiologiques de ce médicament pris à l'intérieur.

Il est probable que l'action anesthésique de la sténocarpine serait plus prononcée avec une solution plus forte. Au point de vue des effets sur l'œil, elle semble se placer entre l'atropine et la cocaïne. Son pouvoir anesthésique dure à peu près aussi longtemps que celui de la cocaïne; la mydriase qu'elle provoque est plus prononcée que celle de l'atropine, la paralysie de l'accommodation est peut-être aussi grande que celle de l'atropine, elle atteint son maximum au bout de six à sept heures et disparaît rapidement après cela. Le nouveau médicament est indiqué dans tous les cas où le sont la cocaïne pour obtenir l'anesthésie et l'atropine pour obtenir la mydriase. Dans les cas d'iritis il paraît supérieur à l'atropine, mais ses effets sont beaucoup moins durables.

Dans le cas du Dr Allis il n'y avait pas de modification appréciable dans la tension intra-oculaire, même quand la pupille était complètement dilatée. Le Dr Claiborne a examiné à ce point de vue un certain nombre d'yeux; dans plusieurs cas il a constaté une diminution de tension pendant que la pupille était dilatée au maximum, mais cela n'existait pas dans tous les cas. Cette constatation est très importante au point de vue du glaucome. Le rétrécissement de la

pupille du côté opposé n'était pas constant, mais il a été évident dans plusieurs cas, comme chez le Dr Allis.

Les expériences mentionnées ci-dessus montrent que la valeur de ce médicament peut être considérable en thérapeutique oculaire. De même il est probable que l'anesthésie se produira aussi bien par ce moyen sur les autres muqueuses que sur celles de l'œil et du nez.

Dix livres de feuilles d'hiver produisent quarante centigrammes de l'alcaloïde, tandis que les feuilles d'été n'en produisent que vingt-cinq. Actuellement la provision de l'alcaloïde est très petite et le prix en est très élevé. 30 grammes d'une solution à 2 0/0 coûtent 30 francs, ce qui fait 2 fr. 50 pour cinq centigrammes, c'est à peu près ce que coûtait la cocaïne peu de temps après sa découverte.

A. Chevallereau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. Lannelongue.

Prolapsus de la paroi abdominale. — M. *Guéniot.* La malade dont a parlé M. Desprès a une infirmité qui a été décrite sous le nom de prolapsus de la paroi abdominale, de ventre pendant ou en besace, et par moi, sous le nom de prolapsus pariéto-viscéral. Elle est le résultat d'un amincissement extrême de toutes les couches de la paro abdominale.

J'ai comparé cette saillie de ventre à un immense sac herniaire.

A côté de ce prolapsus vrai, il y a le prolapsus graisseux : c'est ce qu'on a appelé le tablier.

J'ai vu des prolapsus comme celui qu'a montré M. Desprès.

M. *Desprès.* Je n'ai jamais vu de prolapsus après un seul accouchement; de plus, les malades atteintes de prolapsus ne sont pas atteintes de paralysie des muscles de l'abdomen, et par aucun moyen il n'a été possible de montrer la contractilité.

M. *Guéniot.* Je n'ai pas employé l'électricité pour évoquer la contractilité; les muscles sont très atrophiés et amincis, et doivent répondre peu ou pas du tout à l'électricité.

M. *Kirmisson.* Duchenne (de Boulogne) a décrit la paralysie des muscles de l'abdomen; il y a des figures dans son livre.

Emphysème spontané. — M. *Humbert* dit à propos du procès-verbal : J'ai vu, en 1881, un homme de 45 ans qui avait reçu à la partie postérieure de la cuisse droite un coup de feu : trois jours après, il sentait un véritable gargouillement sur la cuisse et un érysipèle bronzé à la jambe.

Je me bornai à cautériser vigoureusement au fer rouge toutes les parties atteintes. Le malade guérit.

Les cas sporadiques guérissent assez facilement; le mien est un des rares cas de guérisons sans amputation.

Dans des cas semblables, je n'hésiterais pas à commencer par faire des cautérisations profondes, quitte à faire l'amputation ou la désarticulation, si cela devenait nécessaire.

M. *Delens*. J'ajouterai à ce fait un cas où j'ai dû faire la désarticulation de l'épaule en plein tissu morbide, et où le malade a guéri.

M. *Polaillon*. On peut amputer en plein tissu infiltré, quitte à bien désinfecter la région, et avoir des guérisons.

PYO-SALPYNGITE. LAPAROTOMIE. GUÉRISON, par M. *Routier*. RAPPORT. — M. *Terrillon*. Femme de 30 ans. Accouchement laborieux. Crises aiguës depuis cinq ans.

Quand il l'examina, il constata un écoulement utérin purulent, augmentant par la pression sur la région de l'ovaire.

Empâtement des culs-de-sac. Il existait de la fièvre.

On diagnostiqua une ovarite et salpyngite purulente, et on proposa une opération.

La laparotomie fut faite. On put constater l'existence des deux tumeurs, qu'on enleva et qui étaient des abcès formés aux dépens des ovaires et des trompes dilatées. On mit deux drains qui descendirent au fond du petit bassin.

Ils furent enlevés après quarante-huit heures. Guérison.

Des deux côtés on avait enlevé la trompe et l'ovaire. Le rapporteur insiste sur l'écoulement du pus par le museau de tanche, écoulement augmentant par la pression, et qui permit de faire le diagnostic.

C'est à la suite d'un accouchement qu'avait commencé la maladie, ce qui semblait indiquer qu'il s'agissait d'une salpyngite ascendante.

On ne pouvait attaquer ces deux collections ni par le rectum, ni par le vagin, ni par la fosse iliaque. Il fallait donc faire la laparotomie.

M. *Pozzi*. L'examen bactériologique du pus a-t-il été fait au point de vue de l'existence des gonococcus?

M. *Guéniot*. Je ne trouve pas, dans l'observation de M. Routier, un signe caractéristique permettant de préciser le diagnostic comme cela a été fait.

M. *Bouilly*. Je fais chercher, dans les ovaires ou trompes que j'enlève, les gonococcus ; je ne les ai pas trouvés. Je crois que la maladie se développe à la suite des accouchements ou avortements, avec des suites de couches pathologiques. Je crois que la blennorrhagie a été incriminée à tort dans le plus grand nombre des cas.

M. *Terrillon.* Ce qui nous a fait faire le diagnostic, c'est que, d'abord, je ne crois pas à l'abcès du ligament large ; ce sont des abcès de l'ovaire et de la trompe entourés de fausses membranes. De plus, les *abcès* étaient doubles ici. La bilatéralité de la lésion est un bon signe.

M. *Bouilly.* Les renseignements donnés par le toucher vaginal sont presque nuls. C'est par la palpation bimanuelle qu'on trouve quelque chose.

Ce qu'on trouve quelquefois dans le cul-de-sac, ce ne sont pas des exsudats de pelvi-péritonite, mais les ovaires ou les trompes qui sont tombés dans le cul-de-sac postérieur.

M. *Horteloup.* J'ai vu il y a quatre mois une femme qui avait une tuméfaction de la fosse iliaque proéminant dans le cul-de-sac. De l'autre côté, il y avait une petite tumeur.

Nous fîmes la laparatomie. Nous trouvâmes les deux tumeurs que nous enlevâmes. L'examen montra qu'il s'agissait de salpyngite tuberculeuse.

M. *Magitot* lit un rapport sur une observation présentée à la Société par le Dr Bauzon, de Châlons-sur-Saône, et relative à un cas de catarrhe du sinus consécutif à l'ouverture dans cette cavité d'un kyste du maxillaire de la variété dite périostique.

Le rapporteur entre à ce propos dans de longs développements sur la pathogénie de ces kystes qui sont, comme on sait, l'objet d'une discussion assez vive. L'opinion personnelle de M. Magitot est que ces kystes prennent naissance en soulevant les tissus ligamenteux au sommet d'une racine de dent, à l'extrémité même du canal radiculaire où le périoste, détaché par la collection du liquide, devient la paroi kystique. Il rappelle les faits cliniques qui établissent ce mécanisme : rétention d'un liquide dans le canal de la racine ; siège invariable de la poche au lieu indiqué ; possibilité de réaliser artificiellement un kyste par la rétention mécanique d'un liquide pathologique.

Il présente, en outre, à la Société, une série de pièces anatomo-pathologiques qui ne laissent aucun doute sur le processus de cette maladie.

Ces explications sont en contradiction complète avec la théorie qu'ont adoptée et défendue MM. Verneuil, Reclus, Malassez, etc., qui attribuent le développement d'un kyste périostique à une des masses épithéliales contenues à l'état normal dans l'épaisseur du ligament alvéolaire, et le rapporteur proteste contre une telle interprétation qui est selon lui en contradiction formelle avec l'observation et la clinique.

Passant ensuite à la question des rapports entre un kyste periosti-

que et le sinus, il établit comment la communication entre les deux cavités peut s'effectuer pour amener finalement un catarrhe de cette dernière. C'est ce qui s'est passé dans le cas du Dr Bauzon, qui fut traité par l'extraction des débris dentaires, cause première du kyste, puis par la trépanation du sinus dans le vestibule de la bouche, à la fosse canine, pratiquée par le Dr Pozzi, et par des lavages antiseptiques avec maintien d'un tube à drainage.

M. Magitot discute encore à ce propos les divers procédés proposés pour trépaner le sinus : l'entrée par le méat moyen, comme le voulaient Hunter et Jourdain ; l'ouverture par le vestibule, suivant le procédé de Desault ; enfin, la voie alvéolaire à laquelle il donne la préférence et qui s'impose d'ailleurs d'elle-même, puisque la première intervention chirurgicale consiste à faire l'ablation de la dent ou des débris qui sont l'origine de la maladie et ouvrent une voie suffisante située sur la partie la plus inférieure de la cavité, et très favorable aux lavages et aux applications médicamenteuses diverses.

Quant à la durée du drainage, elle est toujours fort longue, surtout quand le catarrhe du sinus a été longtemps méconnu ou négligé. Dans les cas anciens, le drainage doit être maintenu parfois pendant des mois ou des années ; et, en effet, le malade du Dr Bauzon n'est pas encore guéri, et le drain placé déjà depuis plus de six mois ne peut être supprimé sans provoquer le retour des accidents.

M. *Després*. J'ai observé deux malades qui avaient des abcès du sinus maxillaire qu'on avait essayé de fermer, il en était résulté une gêne très pénible ; je crois qu'il faut maintenir l'ouverture.

Lipome congénital. — M. *Larger* présente une tumeur qu'il a enlevée ; elle siégeait au niveau de l'orifice inguinal externe, ayant le volume d'un œuf de poule ; la peau adhérait peu ; consistance lipomateuse.

C'est un lipome pur.

Il s'agissait d'un enfant de 9 mois ; j'avais vu l'enfant à l'âge de 15 jours, la tumeur avait alors le volume d'une noisette.

M. *Lannelongue*. Les lipomes congénitaux sont rares ; j'en ai observé un dans la région crurale ; on avait pensé à une hernie crurale.

P. Bazy.

NÉCROLOGIE

M. Barbier, secrétaire général de l'Assistance publique, décédé à l'âge de 56 ans.

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Bernard, Ferrier, Loison, Ramey, Lebon Odile, Vallois, Pech, Pauzat, Fradet, Trédos, Jeannot, Tricot, Pouillaude de Casaubon, Letellier, de Vésian, Farganel, Piussan, Kraus, Baradat, Colombel, Brault, Eymerie, Boyer, Narbona, Duco, Jacquin, François, Goudal, Simon, Auger, Valsse, Pruvost, Estor, Bosc, Sagrandi, Boyé, Morin, Bourdin, Quéhéry, Saintin, Lejour, Marignac, Drély.

— LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE tiendra sa session ordinaire le jeudi 27 octobre courant, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° élection du président; 2° correspondance; 3° présentation de membres nouveaux; *Communications;* 4° des affections de l'oreille dans le développement des maladies mentales, par M. Lannois, de Lyon; 5° épiglottite œdémateuse, par M. Ruault, de Paris; 6° des canalicules perforants du *Basement-membrane* de la muqueuse nasale, nouvelles observations, par M. Châtellier, de Paris; 7° surdité complète unilatérale et bilatérale à la suite des oreillons, — trois observations, par M. Ménière, de Paris; 8° gomme de l'aile du nez, par M. Moure, de Bordeaux. Une observation ; 9° lymphadénome : surdité, paralysie faciale, par M. Gellé, de Paris; 10° communications diverses; 11° présentation d'instrument, par M. Ruault.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par arrêté en date du 28 septembre 1887, M. le Dr Petit (Gilbert), médecin de l'Asile d'aliénés d'Armentières (Nord), est nommé directeur-médecin de l'Ecole de réforme d'Yzeure (Allier).

MAIRIE DE LYON. — M. le professeur Gailleton vient de donner sa démission comme maire de Lyon.

TRIBUNAUX. — Le Dr Brabant, de Somain, vient d'être condamné à cinq ans de prison, 100 francs d'amende et à des dommages-intérêts envers plusieurs Compagnies d'assurance sur la vie pour manœuvres frauduleuses ayant pour but de faire assurer comme bien portants, à ces Compagnies, des moribonds dont, avec l'aide de ses complices, il touchait la prime au décès.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — M. le Dr Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à 8 heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 17 octobre.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au Dr Fournel, 20, rue de la Michodière, ou au concierge du cours.

LA CONCURRENCE MÉDICALE. — Il y avait dans une petite bourgade un médecin qui faisait florès, tout seul qu'il était, et par conséquent à l'abri des coups de patte de l'un ou de l'autre confrère.

C'était une façon de grand diable d'homme, basané et d'une maigreur

à proposer une alliance à Sarah Bernhardt. Avec cela, de longs cheveux noirs, qui encadraient sa figure argileuse, et lui donnaient un air de revenant.

Arrive un loup ! Survient un loup.

Pas de ciel sans nuage ; pas de soupe sans un cheveu. En effet, un beau matin, juste en face de son enseigne, le docteur vit luire la plaque d'un nouveau confrère.

Le concurrent, lui, était rondelet, rosé, frisé, comme un petit ange bouffi, un vrai miroir de santé, dans toute la fraîcheur appétissante de son charme blondinet. Les femmes des environs l'avaient surnommé le « bouton de rose », appellation flatteuse, à laquelle notre Hippocrate répondait par un sourire qui creusait dans ses deux joues de pêche des fossettes à loger un tas d'indiscrétions.

Et cela, joyeusement, le cœur léger, jetant un coup d'œil sur la fenêtre d'en face, où maigrissait de dépit le confrère à l'ocre, qui décidément semblait vouloir poser pour une momie.

La concurrence se fit intense. Chaque jour ce Grec et ce Troyen se déchiraient entre eux le Patrocle de la clientèle. C'était à qui donnerait le meilleur accroc dans le pan, ou plutôt à la réputation du collègue ; avec des formes, bien entendu.

Le dodu l'emportait sur le sec.

Un jour pourtant le démon de la ruse cingla son grand front jaune. Une dame venait d'entrer dans son cabinet.

La consultation finie, « Mais, docteur, — lui dit-elle, — comment cela se fait-il que vous soyez si maigre, que vous ayez l'air si malade, alors que votre collègue jouit de tous les avantages de la santé ! »

« Oh ! Oh ! Madame, c'est bien simple, reprit-il, — avec un éclair dans l'œil. — Nous ne sommes que deux médecins et par conséquent obligés de nous soigner l'un l'autre... Voilà l'histoire ; c'est moi qui le traite... et c'est lui qui me soigne. Vous voyez bien, n'est-ce pas, la différence de traitement ! » (*Le Scapel.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 2 *au* 8 *octobre* 1887. — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 4. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 15. — Tumeurs cancéreuses et autres, 38.

Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 49.

Bronchite aiguë et chronique, 37. — Broncho-pneumonie et pneumonie, [illegible].

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 60.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 15. — Sénilité, 21. — Suicides et autres morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine : 829. — Résultat de la semaine précédente : 808.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 122 Mardi 18 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE

De la non-existence du tétanos spontané,

Par le professeur Verneuil (1).

L'étiologie du tétanos divise les pathologistes.

Les uns, qu'on pourrait appeler *dualistes*, admettent que, si cette maladie succède fréquemment à une blessure, elle peut naître aussi sans solution de continuité préalable et sous l'influence de diverses causes, au premier rang desquelles se place le froid ou le refroidissement, d'où deux formes : tétanos traumatique ou chirurgical et tétanos spontané ou médical.

Les autres, les *unicistes*, ne reconnaissent point cette double origine. Pour eux, la maladie est une et part toujours d'une solution de continuité traumatique ou pathologique, extérieure ou intérieure, encore ouverte ou déjà cicatrisée ; ils rejettent donc les formes précédentes et ne décrivent qu'un tétanos auquel ils reconnaissent à la vérité des causes déterminantes multiples.

L'opinion dualiste est à la fois la plus ancienne et la plus répandue, cependant les protestations ou au moins les doutes des unicistes remontent à une époque assez éloignée déjà. Je n'ai pas fait de longues recherches bibliographiques sur ce point, mais je citerai seulement un passage très explicite, écrit en 1854 :

« C'est une règle de pronostic, que plus l'intervalle entre l'accident et l'invasion des symptômes spasmodiques est long, plus la maladie est bénigne. Partant de cette idée, et considérant aussi la gravité relativement moindre du tétanos appelé *idiopathique*, plusieurs auteurs prétendent que cette forme n'existe réellement pas et que les cas cités comme exemples ne sont que des tétanos traumatiques à

(1) Communication à l'Académie des sciences.

incubation prolongée et où la blessure extrêmement légère a eu le temps de s'effacer de la mémoire des malades (1) ».

A trente-deux ans de distance, nous retrouvons les mêmes idées présentées encore sous une forme plus affirmative par un de nos jeunes médecins les plus distingués et fort au courant de la question. M. le Dr Raymond, en effet, proclame l'unité de la maladie et n'admet entre les formes chirurgicale et médicale que des différences tout à fait secondaires.

« Bref, dit-il, la différence essentielle qui les sépare, c'est que, à l'origine d'un tétanos de forme traumatique, il y a une lésion appréciable des parties superficielles ou profondes, tandis que, dans un cas appartenant à la forme spontanée, la recherche d'une semblable lésion reste infructueuse.

« L'analogie entre les caractères cliniques est si grande dans les deux formes qu'il est arrivé souvent de diagnostiquer de prime abord un tétanos spontané sur un malade alors qu'un examen minutieux de tous les commémoratifs révélait ensuite un de ces traumas minimes auxquels on n'attache qu'une importance médiocre et qui est facilement passé sous silence dans un interrogatoire incomplet (2) ».

J'ajoute que plusieurs vétérinaires fort instruits m'ont déclaré qu'ils ne croyaient pas au tétanos spontané, donnant entre autres raisons que les très petites plaies, celles du pied, entre autres, passaient facilement inaperçues et étaient cicatrisées avant l'éruption de la maladie.

Je suis, pour ma part, unciste déclaré et convaincu, mais je conviens que le plus grand nombre des médecins et des chirurgiens sont encore dualistes, et je crois qu'il faudra pour les ramener à la vraie doctrine beaucoup de temps et des fait nombreux ou des arguments décisifs.

Fondée exclusivement sur une négation, c'est-à-dire sur l'impossibilité de trouver le trauma initial, la doctrine dualiste — qui tomberait d'elle-même si l'on parvenait toujours à montrer ce trauma — doit fournir des observations échappant à toute critique.

Basée à son tour sur une affirmation, à savoir : l'existence préalable, constante et nécessaire d'une porte d'entrée, la doctrine unciste ne peut triompher qu'en retrouvant toujours la porte d'entrée susdite.

Or, je ne sais pas ce que vaudront les observations qu'on pourra prendre dans l'avenir, mais j'affirme l'insuffisance de celles qu'ont

(1) Mémoire sur une série de cas de tétanos, publié in *Med. Times and Gaz*, p. 620, 17 juin 1884 et analysé in *Gaz. hebd. de Paris*, p. 720, 1854.

(2) Tétanos médical. *Dict. encycl.*, 3e série, t. XVII, 1re partie, p. 2.

publiées jusqu'à ce jour les deux parties dissidentes. J'ai reçu dans ces derniers temps un certain nombre d'observations inédites avec le titre de *tétanos spontané*. Or, la plupart d'entre elles n'ont aucune valeur, et plusieurs autres prouvent tout le contraire de ce qu'on veut leur faire dire ; mais il en reste un certain nombre, fort minime à la vérité, où il serait aussi téméraire de nier que] d'affirmer la plaie intérieure (1). Le mieux est, sans doute, de faire table rase du passé et de ne rouvrir la discussion qu'avec des documents irréprochables. Mais alors il serait bon d'indiquer comment il faudrait les recueillir à l'avenir.

Certains dualistes, surtout si le froid intervient, acceptent fort à la légère le tétanos spontané, sous prétexte que la blessure est fort petite ou n'est pas visible, ou n'existe plus. Or, s'ils étaient mieux au courant de la pathologie du tétanos, ils sauraient :

1° Qu'un trauma quasi microscopique : piqûre par aiguille à coudre, seringue de Pravaz ou épine des champs, qu'une égratignure ou une écorchure, mesurant à peine quelques millimètres, sont facilement suivis de tétanos véritablement traumatique ;

2° Que diverses plaies pathologiques : brûlures, gelures, ulcères simples ou spécifiques, ou consécutives à une escharre inflammatoire ou ulcéreuse de la peau ou des muqueuses peuvent, avec le concours d'une cause déterminante, devenir le point de départ d'un tétanos, qu'on pourra appeler *pathologique* si l'on veut, mais non point spontané ;

3° Que blessures et plaies peuvent engendrer le tétanos, même après une cicatrisation complète, plus ou moins ancienne, c'est-à-dire pouvant remonter certainement à plusieurs semaines, très probablement à plusieurs mois, peut-être même à une ou plusieurs années, point tout à fait capital imposant une longue enquête rétrospective qu'on fait bien rarement.

J'imagine qu'en tenant rigoureusement compte de toutes ces conditions pathogéniques, on découvrira presque toujours la solution de continuité présente ou passée et qu'en conséquence l'existence du tétanos spontané deviendra de plus en plus problématique ; mais, comme il pourra toujours y avoir, pour cette maladie, comme pour toutes les autres du reste, des cas à interprétation étiologique très malaisée, sinon impossible, et derrière lesquels se réfugieraient les dualistes, je vais dire en vertu de quel argument théorique je suis et resterai uniciste malgré les faits plus ou moins concluants, en apparence, qu'on pourrait m'opposer.

Une opinion, formulée timidement depuis quelques années par des

(1) Ces observations été publiées dans le *Bulletin médical*, octobre 1887.

chirurgiens éminents qui, par malheur, ne se sont pas donné la peine d'en poursuivre la démonstration, une opinion, dis-je, assimile le tétanos aux maladies microbiennes, virulentes ou infectieuses.

J'avoue que la théorie, de date récente, est encore imparfaitement établie, mais je sais aussi qu'elle a fait de tels progrès en ces derniers temps que plusieurs chirurgiens, médecins et vétérinaires, praticiens et expérimentateurs, français ou étrangers, l'ont résolument adoptée (1). Étant de ce nombre, je me suis demandé de quel poids elle pourrait peser dans le débat ouvert entre les dualistes et les unicistes et me suis vite aperçu qu'elle fournirait à ces derniers un argument favorable tout à fait péremptoire.

La question se pose, du reste, avec une extrême simplicité et sans la moindre ambiguïté.

Si le tétanos est virulent, il n'y a pas de tétanos spontané, pas plus qu'il n'existe de variole, de syphilis, de morve, de rage, de tuberculose, de pustule maligne spontanées.

Si le tétanos est virulent, il n'a qu'une cause *réelle* : un virus venu du dehors et pénétrant dans l'organisme à un moment donné, mais ne s'y formant jamais de toutes pièces ni spontanément.

Ces deux propositions, véritables théorèmes, ont des corollaires importants.

Le problème pathogénique se réduit alors à découvrir comment et quand s'effectue la pénétration et quelles circonstances la favorisent ou l'entravent.

Si, comme les anciens unicistes le pensaient, à tort suivant moi, elle se faisait toujours par voie traumatique, la pathogénie, aussi simple que l'étiologie, ne comporterait qu'un procédé, l'*effraction;* mais l'infection pouvant avoir lieu alors que la solution de continuité d'origine pathologique, inflammatoire ou même traumatique, est recouverte d'une membrane granuleuse continue et protectrice, on peut croire que le virus a pénétré sans violence par un second mécanisme, ce qui permettrait d'admettre une seconde forme, le *tétanos par absorption.*

Comme, enfin, certains sujets ne paraissant porter aucune solution de continuité récente ou ancienne, interne ou externe, ont pris le tétanos pour avoir couché à la belle étoile dans un pré, dans un champ, sur une route ou pour s'être refroidi dans l'eau, rien n'empêche de croire qu'ils ont absorbé par la muqueuse respiratoire ou

(1) M. le professeur Nocard (d'Alfort) vient de fournir une preuve décisive en donnant le tétanos à des animaux divers, et à une ânesse en particulier, par l'inoculation des matières provenant du raclage de casseaux ayant servi à châtrer des chevaux qui étaient morts du tétanos à la suite de cette opération.

par la peau supposées intactes le virus tétanique dont parfois le sol est certainement imprégné ; d'où une seconde variété de pénétration par absorption sans préparation traumatique ni pathologique, comme cela a lieu pour la malaria et, sans doute, pour la scarlatine, la coqueluche, etc.

Alors le dualisme dont je combats l'ancienne conception pourrait être ressuscité, mais sous une autre forme et en changeant les termes du problème.

C'est-à-dire qu'on ne s'attarderait plus à savoir si le tétanos est médical, chirurgical, idiopathique, essentiel, traumatique, spontané, rhumatismal, *a frigore*, etc., ce qui n'a aucune importance pratique ; mais on rechercherait avec soin par où et par quel procédé le virus a pénétré, et, si l'on voulait absolument conserver une division dichotomique, on pourrait admettre un *tétanos par effraction* et un *tétanos par absorption*.

En tout cas, il n'y aurait pas de *tétanos spontané*, puisqu'on retrouverait toujours un poison identique jouant le rôle de cause constante et nécessaire.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

PHÉNOMÈNES OCULAIRES DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES ET DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE. — PHLÉBITE DE LA VEINE OPHTHALMIQUE. — M. le professeur *Charcot* a fait à la Salpêtrière, sur les phénomènes oculaires et sur les formes frustes de la sclérose en plaques, une leçon dont nous trouvons un résumé dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. On sait que ces phénomènes oculaires ont surtout été étudiés depuis quelques années par M. *Parinaud* dans le service de son maître.

Dans l'ataxie locomotrice, les troubles intéressent les muscles, la pupille et le nerf optique. Les troubles musculaires consistent en une diplopie causée par une paralysie plus ou moins durable du moteur oculaire externe ou du moteur oculaire commun. Dans la sclérose en plaques, ces phénomènes sont beaucoup plus rares.

Les lésions de la sclérose en plaques portent moins sur les cordons nerveux que sur leurs noyaux d'origine. Ces lésions se traduisent par un défaut de coordination dans les mouvements nécessités par l'acte du regard; c'est la paralysie des mouvements associés. Si le regard se porte à droite ou à gauche, le bord de la cornée n'atteint pas jusqu'aux angles de l'œil et il y a du retard dans le mouvement d'un des deux yeux ; il n'y a pas association complète des mouvements. Les malades ne peuvent donc regarder un objet

avec précision, leur regard reste toujours vague. Au début, le malade voit double, mais il ne tarde pas à faire abstraction de l'une des images. Le nystagmus, qui survient ensuite, constitue un phénomène tout à fait spécifique, car il ne se retrouve guère avec cet aspect que dans l'affection qu'on désigne sous le nom d'ataxie héréditaire de Friedreich.

L'étude des mouvements de l'iris a surtout de l'importance au point de vue du diagnostic de l'ataxie. On voit souvent chez les tabétiques un myosis extrêmement prononcé ; l'une des pupilles est punctiforme tandis que l'autre est dilatée. Ce symptôme se retrouve dans la paralysie générale. Mais il nous paraît très exagéré de dire avec l'auteur de l'article que nous résumons : « un malade qui présente ce phénomène ne peut être que tabétique ou paralytique général ». Il y a, par exemple, de nombreux cas de dilatation pupillaire qui tiennent à des lésions du fond de l'œil, sans qu'on ait à invoquer le moindre trouble du système nerveux central.

On constate aussi chez les tabétiques un phénomène très important, désigné sous le nom de signe d'Argyll Robertson. Ce signe se compose de deux éléments : d'abord la mydriase ou le myosis ne se modifie pas sous l'influence de la lumière ; en second lieu la pupille se contracte lorsque les deux yeux convergent vers un point rapproché, lors même qu'elle serait déjà contractée au maximum. C'est ce contraste entre l'influence de la lumière et celle de l'accommodation qui constitue ce qu'on appelle le signe d'Argyll Robertson.

Dans la sclérose en plaques ce signe n'existe pas ; s'il y a du myosis, la lumière augmente néanmoins la contraction de la pupille et celle-ci se dilate dans l'obscurité. En certain cas l'iris permet donc à lui seul de faire le diagnostic entre les deux affections.

L'examen ophthalmoscopique donne également des renseignements précieux pour le diagnostic. Dans le tabès on trouve une atrophie papillaire caractérisée par un aspect brillant, nacré, à contours nets ; la cécité est définitive. L'ataxie commence souvent par là et nombre d'ataxiques vont chez l'oculiste longtemps avant d'aller chez le médecin.

Dans la sclérose en plaques, au contraire, la cécité, lorsqu'elle existe, s'accompagne d'une simple décoloration de la papille ; elle est d'ailleurs généralement transitoire et disparaît après avoir duré pendant cinq ou six mois ; ce fait s'explique parce que, dans la lésion anatomique qui caractérise la sclérose en plaques, le cylindre axile persiste, le nerf peut se reconstituer, et ses fonctions peuvent se rétablir. Dans certains cas, cependant, la cécité est définitive.

Dans le tabès, il existe en outre des phénomènes spéciaux : d'abord un rétrécissement du champ visuel, qui devient inégal par suite de

l'existence de scotomes, et ne diminue pas concentriquement comme dans l'hystérie; ensuite, une achromatopsie spéciale, la faculté de voir le bleu et le jaune se conservant très longtemps. Ces phénomènes ne se retrouvent pas dans la sclérose en plaques, où l'on constate quelquefois, cependant, un rétrécissement concentrique du champ visuel semblable à celui de l'hystérie.

— Nous trouvons également dans ce numéro (octobre, p. 442) du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* le résumé, assurément inexact, d'une conférence clinique de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu. Il résulterait de cette lecture que, dans un cas de phlébite de la veine ophthalmique avec douleurs violentes et exophthalmie énorme de l'œil droit, M. Tillaux aurait successivement ponctionné l'orbite pour voir s'il s'agissait d'un phlegmon orbitaire, le globe de l'œil en deux points pour voir s'il s'agissait d'un phlegmon oculaire, quoiqu'il n'y eût aucune perte de la vision. La grande science de M. Tillaux permet d'affirmer que l'erreur de diagnostic a résidé uniquement dans la plume du journaliste. C'est le cas de répéter *traduttore, traditore.*

A. Chevallereau.

Congrès international de médecine et de chirurgie.

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

Section des Maladies des Enfants.

Mardi 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance du matin.

Le Dr *Moncorvo* fait une communication sur *La syphilis héréditaire et le rachitisme au Brésil.*

A Rio de Janeiro et dans les environs, 60 pour cent des maladies d'enfants ont comme étiologie la syphilis des parents. Malgré l'avis contraire émis au Congrès de 1881 par le Dr C. West, l'auteur a diagnostiqué le rachitisme chez 45 pour cent de ses jeunes malades.

Le Dr *William Stephenson*, d'Aberdeen, lit un article intitulé *La croissance chez les enfants.*

Les conséquences cliniques de la croissance plus ou moins rapide de l'enfant ont une importance très grande. Si, par exemple, pendant l'année qui vient de s'écouler, l'augmentation en poids d'un jeune garçon a été du double ou du triple de ce qu'elle a été d'autres années, l'enfant est-il capable de supporter plus ou moins de fatigue mentale et physique ?

La fille croît le plus rapidement entre onze et treize ans, le garçon entre quatorze et seize ans. L'auteur considère que nombre des

phénomènes qui se déclarent à l'âge de la puberté sont attribuables à cette activité dans la croissance.

Jeudi 8 septembre. — Séance de l'après-midi.

Le Dr *Cordes*, de Genève, lit un article du professeur d'Espine, de Genève, qui a pour titre : *Observations sur la pneumonie vraie ou lobaire chez les enfants.*

Il existe chez les enfants une forme spéciale de pneumonie vraie, que l'on peut appeler centrale, d'après sa localisation ; congestive, d'après la violence des phénomènes inflammatoires, et abortive quand sa durée se limite à deux ou trois jours. Elle se rencontre au sommet et dans l'intérieur du lobe supérieur ; on obtient difficilement des signes physiques. L'examen microscopique des crachats démontre la présence du bacille qui se trouve ordinairement dans la pneumonie. La terminaison est exceptionnellement fatale et si elle l'est, des complications en sont la cause. Elle est quelquefois précédée de gangrène ou d'hépatisation grise. Le traitement doit tendre à faire diminuer l'inflammation : bains tièdes, compresses de Priessnitz, etc.

Le Dr *Henry Ashby*, de Manchester, fait une communication sur *la néphrite de la scarlatine au point de vue clinique et pathologique.*

Il donne les résultats fournis par quinze cents cas observés par lui dans les salles et dans l'amphithéâtre du Pendlebury Hospital for sick Children.

La maladie existe sous trois formes :

1° Forme primitive peu importante.

2° Forme septique, avec altérations pathologiques, accompagnée de symptômes analogues à ceux de toute autre septicémie, se déclarant dans la seconde ou la troisième semaine. Les reins fonctionnent cependant assez bien, la quantité d'urine ne diminue pas, l'œdème et les accidents urémiques sont absents.

3° La néphrite post-scarlatineuse, ou néphrite de la convalescence, est beaucoup plus importante ; elle se montre du seizième au vingt-quatrième jour. Les reins sont déjà affaiblis et sont sujets à des inflammations fibrineuses et croupales. Les cas légers de scarlatine sont plus rarement suivis de néphrites que ne le sont les cas graves ; celle-ci varie beaucoup d'intensité. Les premiers signes sont la diminution de l'urine et l'enflure de la face, qui peuvent se montrer plusieurs jours avant l'albumine. Les cas présentent de grandes différences au point de vue de la quantité d'albumine et de son poids spécifique. La quantité d'urine continue à diminuer, l'œdème se montre, les vomissements et les accidents urémiques se déclarent, lorsque subitement il y a une crise, comme celle de la pneumonie ; l'enfant passe d'énormes quantités d'urine trouble, et il entre en convalescence.

Le Dr *Frank Grauer*, de New York, lit un mémoire sur *Les caractères anatomiques de la néphrite scarlatineuse.* L'auteur a étudié surtout la variété connue sous le nom de glomérulo-néphrite aiguë de Klebs. Les reins sont gros et congestionnés ; leur substance corticale est quelquefois normale, quelquefois épaissie, avec saillie des glomérules qui ont augmenté de volume et qui ne contiennent pas de sang.

Bien qu'il ait noté l'enflure et la prolifération de l'épithélium glomérulaire, il ne croit pas que ce soit là la cause de l'obstruction de la circulation capillaire, car dans les préparations qu'il a examinées, les anses des capillaires étaient plus volumineuses qu'à l'état normal, ce qui démontre que la pression vient de l'intérieur et non de l'extérieur.

Il croit que l'obstruction est causée par la prolifération et l'épaississement des cellules endothéliales. L'hypertrophie du ventricule gauche, qu'il a observée dans tous ses cas, provient de la présence d'un élément toxique dans le sang et de l'obstruction de la circulation dans les corps de Malpighi qui force le cœur gauche à faire plus de besogne.

Le terme glomérulo-néphrite doit être appliqué à ces cas seuls.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIOGRAPHIE.

Mardi 6 septembre.

« *Méthode nouvelle pour le traitement local des maladies de la peau.* » — Le Dr Valentin *Knaggs*, de Londres, propose de substituer des émulsions aux onguents ; il en a fait usage depuis deux ans, dans les eczémas et dans les autres exsudations non spécifiques avec d'excellents résultats. L'onction avec l'huile a rendu de grands services, mais elle n'adhère pas à la peau ; on peut remédier à cet inconvénient en ajoutant aux substances oléagineuses, des résines, des gommes pour obtenir des émulsions de graisse et d'eau.

Il emploie la formule suivante :

Paraffine molle	30 grammes.
Pulv. gum. acac.	8 grammes.
Acide borique	1 gramme.
Aqua	60 grammes.

Faites une émulsion.

On peut y ajouter du bismuth, du zinc, du soufre ou tout autre médicament.

Le Dr Unna reconnaît l'utilité de ce traitement, mais conteste sa nouveauté, car il l'emploie depuis longtemps.

Le Dr H. J. *Reynolds*, de Chicago, fait une communication sur

« *Une méthode nouvelle pour le traitement des maladies de la peau, causées par des parasites végétaux* ».

Dans le favus, le sycosis et les teignes du cuir chevelu, il est nécessaire que le parasite pénètre jusqu'au fond du follicule pileux. Dans ce but, après avoir fait l'application de ce médicament, il place le pôle positif d'une batterie sur la région malade et le pôle négatif sur une autre partie du corps; une loi de physique bien connue fait pénétrer la solution médicinale. Dans les trois observations qu'il cite, il a employé une solution (1 p. 100) de bichlorure; il y trempe directement son électrode positif et l'applique sur la partie malade.

Le Dr Thin considère la forte solution de bichlorure comme dangereuse ; elle produit en outre une calvitie qui peut être permanente.

Les Drs Juler, Davis, Rohé et autres prennent part à la discussion.

Nous terminons ici notre compte-rendu du Congrès international des sciences médicales de Washington. Il a été fait encore à ce Congrès un très grand nombre de communications dont nous ne pouvons mentionner les titres, cette sèche énumération ne devant avoir qu'un faible intérêt pour nos lecteurs, tout en nous prenant beaucoup de place.

Dans le prochain numéro nous commencerons le compte-rendu du Congrès d'hygiène de Vienne.

A. Ch.

NÉCROLOGIE.

L'*Echo du Nord* donne les détails suivants sur la mort dramatique du Dr Ch. Passant, engagé conditionnel, qui a été brûlé vif à la salle de police :

Un jeune docteur en médecine de Paris, M. Charles Passant, âgé de vingt-trois ans, incorporé au 43e de ligne, service de santé, à Lille, pour y faire son volontariat, était conduit jeudi soir à la salle de discipline de l'hôpital militaire, à la suite d'une frasque légère.

Pour tromper la longueur de la détention, Passant se coucha en arrivant à la salle de police, et, après avoir approché une bougie de son lit, se mit à lire le *Gil Blas*. La lecture pourtant le fatigua bientôt ; c'est alors que, sans avoir pris la précaution de repousser son modeste luminaire, il s'endormit.

Une douleur aiguë le réveilla quelques instants après : le feu venait d'éclater dans la literie ; il avait été communiqué aux matelas par le journal qui, lui-même, avait été carbonisé par la bougie. Passant se leva ; mais bientôt il tomba asphyxié par la fumée épaisse qui remplissait la salle. C'est alors que le malheureux jeune homme fut brûlé et ne tarda pas à succomber.

Ce n'est que vers cinq heures du matin, qu'attiré par la fumée qui sortait de la salle de discipline, le caporal de service se rendit compte de ce qui se passait.

Immédiatement, il donna l'alarme ; mais il était trop tard, Passant avait rendu l'âme.

Une grave responsabilité incomberait, dit-on, au caporal, qui aurait eu le tort de laisser introduire dans la salle de discipline de la literie et surtout une bougie.

M. le Dr Huguény (Charles), décédé à Saint-Dié, de la fièvre typhoïde, le 9 septembre, à l'âge de 28 ans.

NOUVELLES

Institut Pasteur. — Un institut Pasteur va être créé à Rio-de-Janeiro sous la direction de M. le Dr Perreira dos Santos qui a quitté Paris depuis peu.

Les Ecoles de Vienne. — La *Presse*, de Vienne, a, dans une série d'articles, appelé l'attention sur le déplorable régime alimentaire auquel sont réduits un grand nombre d'enfants des écoles primaires de la capitale autrichienne, par suite de la misère de leurs parents. De l'enquête ouverte par un collaborateur de la feuille viennoise, il résulte qu'un grand nombre de ces pauvres créatures sont souvent, sinon toujours affamées :

Le nombre des enfants qui souffrent de la faim à Vienne, écrit le rédacteur de la *Presse*, ne s'élève pas à moins de 1500. La plupart ne reçoivent d'autre nourriture que du pain sec en quantité insuffisante et, de temps à autre, une maigre soupe ou du café exécrable, qui leur servent à se réchauffer en hiver. Mais un grand nombre, un beaucoup trop grand nombre d'autres ne reçoivent même pas cette nourriture. Il se passe des jours où ils ne mangent rien et où ils tombent d'inanition durant les classes.

L'auteur de l'enquête a relevé le nombre de 119 écoliers des deux sexes qui ne recevaient aucun repas à midi ; 324 autres en étaient souvent privés; 226 n'avaient qu'un morceau de pain le matin; 184 ne mangeaient rien de chaud à midi, et 900 dînaient de pain et de café ou de légumes. Les instituteurs affirment d'ailleurs que cette misère augmente en hiver et cite une école où le nombre de ces affamés dépasse 400; ils signalent aussi le grand nombre d'élèves que le manque de nourriture suffisante empêche de profiter de leurs leçons, dont la main tremble en écrivant, ou à qui la faim arrache des gémissements. Enfin, l'enquête a établi que beaucoup de parents font boire de l'eau-de-vie à leurs enfants pour tromper la faim qui les torture et que les écoles reçoivent ainsi un grand nombre d'élèves hébétés par l'ivresse.

Luther et la maladie de Ménière. — Les *Archives de neurologie* publient, d'après le *Medical Record*, des détails qui semblent indiquer que t ait sujet à des symptômes rappelant ceux de la maladie de Mé-

nière; en tous cas, l'interprétation qu'il en donnait est curieuse à appeler.

Luther, à 27 ans, souffrait de bourdonnements dans les oreilles, et comme il ignorait les sciences physiques, il les attribuait au diable. « Ces maux de dents et d'oreilles dont je souffre, dit-il, sont pis que la peste. Je suis torturé par un bruit et un bourdonnement dans mon oreille, comme si quelque vent soufflait dans ma tête. Le diable y est pour quelque chose. Vous ne savez pas combien est horrible ce vertige-là : tous les jours j'ai été dans l'impossibilité de lire une lettre ou même deux ou trois lignes des Psaumes. Au bout de ces trois ou quatre mots, le bruit recommence et je tombe presque de ma chaise. » Ceci avait lieu en 1510. En 1530 il écrit : « Quand j'essaye de travailler, ma tête est remplie de toutes sortes de bruits, de bourdonnements, de sifflements, d'éclats de tonnerre, et si je ne quitte pas aussitôt mon ouvrage, je m'évanouis ; ces trois derniers jours, je n'ai même pas pu regarder une lettre. J'ai eu une autre visite du diable. Ma maladie est le résultat de la faiblesse ordinaire de la vieillesse, de la tension habituelle d'esprit, et surtout des coups de Satan. Aucune médecine au monde ne pourra la guérir. » Ces bruits étaient si confus dans sa tête et ses oreilles qu'en 1521, quelqu'un lui ayant donné une boîte de noix qu'il mit dans sa chambre, il crut que le diable venait les secouer. « Quand j'eus soufflé la lumière et me suis mis au lit, dit-il, il me sembla que les noix se mirent en mouvement, non seulement en sautant dans le sac, mais encore en se cognant violemment les unes aux autres, et qu'alors elles vinrent faire du bruit auprès de mon lit. Cependant je n'en pris garde et m'endormis; mais de temps en temps, j'étais réveillé par un grand bruit dans l'escalier, comme si quelqu'un culbutait des centaines de tonneaux dans l'escalier les uns après les autres. Je me levai aussitôt, m'écriant : « Est-ce toi, diable? Soit, je recommande mon âme à Dieu. » Je retournai à mon lit, et m'endormis. Une fois, à Wittemberg, j'entendis distinctement le diable faire du bruit; il fit trois fois fois du bruit dans le grenier, comme s'il traînait quelque chose de lourd sur le plancher. Comme il continuait, je rangeai mes livres et allai me coucher.

« Une autre fois, je l'entendis marcher, mais comme je savais que c'était le diable, je n'y fis point attention et m'endormis. » Une fois, pendant un grand orage, Luther s'écria : « C'est le diable qui fait cela; ah ! comme le diable souffle ! » Et de nouveau il dit : « Les idiots, les estropiés, les aveugles, les sourds, sont autant de personnes chez lesquels le diable à élu domicile. Tous les médecins qui essayent de guérir ces infirmités comme si elles provenaient de causes naturelles, sont des imbéciles ignorants. Ils ne connaissent rien ni au diable ni à ses œuvres. »

Le Propriétaire-Gérant : Dr B. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 123 Jeudi 20 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 19 *octobre* 1887.

Nous ne nous souvenons pas d'avoir vu faire à l'Académie de médecine un aussi grand nombre de communications que dans la séance d'hier. Cela s'explique en partie par la déclaration de vacance de deux places de membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie et dans la section de pathologie chirurgicale.

M. le professeur B. Ball, qui, depuis longtemps, n'est plus dans la catégorie des candidats, a fait cependant une très fructueuse communication sur les lésions de la morphinomanie et sur la présence de la morphine dans les viscères. La mort subite, dans son service, d'une morphinomane qu'il suivait depuis dix ans, lui a permis de constater ces deux faits principaux : la dégénérescence graisseuse du cœur sous l'influence de l'abus de la morphine, d'où la nécessité des toniques du cœur, et en particulier du sulfate de spartéine dans le traitement de cette manie, puis la présence de la morphine dans les viscères, et en particulier dans le foie, longtemps après la cessation des injections hypodermiques : c'est la communication capitale de la séance.

Sont venues ensuite une lecture de M. Créquy sur la contagion de la variole à distance, de M. Magitot, résumant l'histoire de la glossodynie, de M. Bailly, de Chambly, sur un nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle, de M. Peyraud, de Libourne, sur l'étude comparative de la rage tanacétique et de la vraie rage, de M. Horteloup, sur le traitement du cancer du pénis, de M. Gréhant, sur le chauffage par les poêles sans tuyau, de M. Richelot, sur la cure des hernies et hydrocèles congénitales, et de M. Paul Berger. Ce dernier a présenté une jeune femme atteinte de plaie de l'abdomen avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon par un coup de couteau. L'habile chirurgien réduisit l'intestin après avoir suturé la plaie intestinale, et la malade a parfaitement guéri. Nous reproduisons *in extenso* cette remarquable observation.

A. Ch.

HOPITAL TENON. — M. LE D[r] BERGER.

—

Plaie de l'abdomen avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon par un coup de couteau : suture de la plaie intestinale, réduction de l'intestin, guérison.

Observation recueillie par M. TISSIER.

Le 16 août, à neuf heures et demie, on apporte à la salle Delessert, lit n° 22, la femme E. D. qui vient d'être blessée dans les circonstances suivantes :

Le matin même, entre six et sept heures, un individu l'a littéralement éventrée d'un coup de couteau ; les intestins ont fait aussitôt issue par la plaie. Le médecin, appelé par le commissaire de police, a fait transporter sans retard la blessée à l'hôpital Tenon où l'on constate ce qui suit :

Femme maigre, âgée de 44 ans, d'ailleurs d'apparence assez robuste : elle semble ressentir de vives souffrances, la face est pâle et décolorée, les extrémités sont glaciales, le pouls est à peine sensible. A plusieurs reprises, depuis son entrée elle a eu des efforts de vomissements, sans vomissements proprement dits.

A égale distance de l'ombilic et de la symphyse, est une plaie longue de 5 centimètres environ, longitudinale et médiane, comme une incision de laparotomie, à bords nets. Ces bords sont écartés et laissent passer une masse viscérale plus grosse que le poing. On y reconnaît au premier abord la partie moyenne du côlon transverse et la partie supérieure du grand épiploon qui, au-dessous du côlon, est infiltré de sang et présente des tâches noirâtres d'un aspect particulier. Il n'y a pas d'ailleurs d'écoulement sanguin appréciable, aucune apparence d'issue de gaz ni de matières intestinales, pas de plaie intestinale visible. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, le prolapsus intestinal et la plaie ont été soigneusement enveloppés de compresses antiseptiques humides.

A neuf heures et demie du matin, M. Berger procède à l'opération suivante :

La blessée est endormie ; les bords de la plaie et le pubis, rasés avec soin, sont lavés à la solution phéniquée. Introduisant alors le doigt dans l'angle supérieur de la plaie, au-dessus de l'intestin procident, et remontant vers l'ombilic, M. Berger rencontre quelques adhérences épiploïques au voisinage de ce dernier.

La paroi abdominale est incisée sur la ligne blanche à partir de l'angle supérieur de la plaie, jusqu'à trois centimètres environ de l'ombilic. Il est possible alors de déplacer l'intestin et de constater

son état : Toute la face antéro-supérieure du côlon transverse est saine et ne présente aucune lésion; mais en examinant le grand épiploon au-dessous du côlon on reconnaît qu'il est infiltré d'une petite quantité de sang, qu'il présente quelques taches grisâtres, et une petite perforation. Il est impossible de dégager et d'attirer hors de l'abdomen l'extrémité inférieure du grand épiploon ; elle est fixée par des adhérences anciennes à la paroi vers la région hypogastrique. Le doigt introduit, dans la perforation que présente le grand épiploon, ramène quelques parcelles de matières intestinales; ce sont elles qui, infiltrées dans le grand épiploon, constituent les taches noirâtres qu'on y observe.

Agrandissant alors la perforation de l'épiploon, M. Berger cherche la blessure de l'intestin; il trouve bientôt à la face inférieure du côlon transverse, un peu à gauche, une blessure oblique, longue de 8 à 9 millimètres, présentant sur un de ses bords un petit lambeau flottant de la membrane séreuse, et offrant une coloration noirâtre due à quelque peu de matières fécales infiltrées entre ses lèvres. Il nettoie cette plaie et la partie voisine de l'intestin, et après les avoir soigneusement enveloppées dans une compresse phéniquée, il les confie à un aide.

Il faut supprimer toute la portion de l'épiploon où se sont infiltrées les matières fécales : on le fait en circonscrivant avec des ligatures au catgut cette partie de l'épiploon altérée et en la réséquant. Puis la plaie intestinale est suturée avec quatre points de suture de Lembert au catgut très fin ; elle est ainsi complètement oblitérée. Le gros intestin, nettoyé encore avec le plus grand soin, est alors facilement réduit : avant de fermer le ventre, quelques vaisseaux de l'épiploon qui avaient été saisis isolément sont encore liés, et l'on s'assure, en introduisant à plusieurs reprises des éponges aseptiques dans le ventre et jusque dans la cavité pelvienne, qu'il n'y a plus ni caillots sanguins ni matières fécales dans le péritoine. La plaie et l'incision abdominale qui la prolonge sont alors fermées par six points de suture profonde au fil d'argent.

Pansement iodoformique et ouate salicylée ; compression ouatée du ventre ; à dix heures et demie tout est fini : l'opération a duré une heure au plus ; la malade à sécrété pendant ce temps quelques grammes d'urine.

On prescrit une potion à l'extrait thébaïque et comme seule alimentation un peu de grog glacé. — On cherche surtout à réchauffer l'opérée par tous les moyens possibles.

Dans la soirée, vers quatre heures, vomissement de un demi-verre environ d'un liquide verdâtre.

Pendant la nuit, la malade vomit encore à deux reprises le même

liquide et ressent quelques douleurs dans le ventre. Elle dort du reste quelques heures.

Le 17 août. Des gaz sont rendus par la sonde rectale; les urines sont spontanément évacuées, mais la voix est un peu cassée, la malade paraît moins bien que la veille. Il n'y a pas de vomissements mais le visage est coloré, les yeux sont brillants, la langue chargée. — Le soir la voix a repris son timbre ; l'urine est bien rendue, le pouls est ample et peu fréquent, la température normale. *Douleurs abdominales* un peu plus accusées qu'hier. La malade a pu rendre spontanément quelques gaz dans la journée. Nuit bonne, sommeil prolongé.

Le 18, même régime. Il n'y a ni nausées, ni vomissements ; température normal, très bon facies, œil vif; l'abdomen n'est pas douloureux et la malade rend des gaz par l'anus. — Les règles sont survenues, l'écoulement sanguin est peu abondant.

Le 23. La malade commence à s'alimenter un peu : les règles ont disparu depuis la veille.

Le 24. *Premier pansement*: on enlève les fils à suture — la malade souffre un peu de sa plaie dans la journée : elle se plaint de coliques et pour la première fois la température atteint 38°; facies fatigué, langue toujours très saburrale.

Le 25, embarras gastrique sans fièvre ; la bouche est amère, pâteuse, la langue recouverte d'un enduit jaune épais ; anorexie complète, la température est revenue à 37°.

Le 26. Un lavement avec 2 cuillerées de glycérine amène une selle copieuse

Le 27, état général meilleur. — L'embarras gastrique se dissipe. On continue à provoquer les garde-robes en administrant des lavements quotidiens.

Les 28, 29 et 30, la malade s'assied dans son lit.

Du 30 au 6 septembre. L'état général s'améliore, la malade reprend lentement ses forces, mais la langue est toujours sale. — On administre un purgatif léger.

6 septembre. 2ᵉ *pansement*. La partie supérieure de la plaie est complètement réunie : au niveau de la partie inférieure il reste un petit trajet suppurant, s'étendant en arrière de la paroi abdominale vers le pubis.

Le 8. 3ᵉ *pansement*. Le trajet fistuleux donne toujours du pus. On substitue le pansement humide au pansement à l'iodoforme : à partir de ce moment on change le pansement tous les deux jours.

Le 10. La malade se lève une demi-heure sur un fauteuil.

Le 12. La malade se lève une heure.

Le 14. Elle reste deux heures hors de son lit.

Le 18. Elle reste levée trois heures.

Le 26. La fistule est bourgeonnante et il n'en sort guère plus qu'un liquide séreux, à peine louche, peu abondant.

Le 30. La paroi est réunie sauf à la partie inférieure où il persiste un bourgeon charnu du volume d'un petit pois, donnant quelques gouttes de liquide.

5 octobre. La suppuration est tarie : la plaie est complètement fermée. La blessée se lève plusieurs heures et marche sans ressentir de sensibilité du ventre. Toutes les fonctions se font normalement, mais les forces ne sont pas encore entièrement revenues. Il n'y a pas d'éventration au niveau de la cicatrice abdominale qui est linéaire et ferme.

Au commencement de la semaine suivante, la femme D... quitte l'hôpital où elle revient quelques jours après pour faire examiner sa plaie. Elle marche sans ressentir ni douleur ni fatigue. Elle se trouve aussi bien qu'avant sa blessure. Elle est présentée le 18 octobre à l'Académie de médecine.

Il nous paraît inutile de faire suivre de longues considérations le fait que nous venons de rapporter : il montre ce que l'on peut attendre d'une intervention chirurgicale rapide dans les plaies de l'abdomen compliquées de blessure de l'intestin.

Comme circonstance favorable à la guérison, il faut relever, dans le cas présent : les faibles dimensions de la plaie intestinale, quoique celle-ci laissât échapper des matières fécales ; — la hernie de l'intestin blessé, grâce à laquelle l'épanchement stercoral et sanguin s'était fait principalement hors de la cavité péritonéale ; — le temps très court qui s'était écoulé entre la blessure et l'intervention chirurgicale.

En revanche, il faut faire observer que les adhérences anciennes qui unissaient le grand épiploon à la paroi abdominale empêchaient les matières de se répandre franchement à l'extérieur et les ramenaient vers la cavité abdominale ; que ces adhérences rendirent la découverte de la plaie de l'intestin difficile, et la résection de l'épiploon altéré très laborieuse.

En résumé, ce qui nous paraît ressortir de cette observation, c'est la nécessité de faire, en pareil cas, un examen des plus minutieux de l'intestin, même lorsqu'il paraît sain au premier abord ; — de réséquer avec soin toute la partie de l'épiploon qui a été souillée par le contact des matières fécales ; enfin et surtout l'indication d'agir sans retard pour conserver à l'intervention les meilleures chances de succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Remy, Paul Reynier et Hénocque dans la section d'anatomie et de physiologie ; 2° des lettres de MM. de Saint-Germain et Ch. Périer, candidats dans la section de pathologie chirurgicale ; 3° une lettre de M. le Dr Abeille accompagnant un travail manuscrit sur le traitement de l'entorse avec ou sans diastasis ; 4° une lettre de M. Ephérabide (de Combarieu), priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté (accepté).

M. *Larrey* présente, de la part de M. le Dr Gavoy, médecin principal de l'armée, une *note sur la non identité du scolex du cysticerque ladrique et du tœnia solium.*

DES LÉSIONS DE LA MORPHINOMANIE ET DE LA PRÉSENCE DE LA MORPHINE DANS LES VISCÈRES. — M. le professeur *B. Ball.* Jusqu'à présent, les autopsies des morphinomanes n'ont apporté aucune donnée fondamentale ; on a signalé des gangrènes, des œdèmes, de la carie dentaire et des affections du système nerveux, mais on n'avait pas encore retrouvé la morphine dans les viscères. Un fait malheureux qui vient de se passer dans le service de M. Ball lui permet de combler cette lacune.

Il y a dix ans, M. Ball recevait dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, une jeune hystérique de 16 ans. Atteinte d'une fissure à l'anus, cette jeune fille fut transférée dans un service de chirurgie où comme traitement on lui fit des injections hypodermiques de morphine ; déjà adonnée à la morphine depuis l'âge de 12 ans, comme on l'a su plus tard, elle contracta de plus en plus cette habitude qui l'a tyrannisée pendant toute sa vie. Elle conserva longtemps cependant une force musculaire considérable, comme elle l'a prouvé en faisant à pied le voyage de Bruxelles à Paris, puis de Paris à Bordeaux. Elle arriva à prendre 2 grammes de morphine par jour. M. Ball, pour la guérir, la fit entrer à l'asile Sainte-Anne où on ne lui en donna plus qu'un gramme par jour. Sur la demande de la malade on essaya de cesser brusquement la morphine, mais elle tombait alors dans des crises de prolapsus dont les injections pouvaient seules la tirer. On commença alors la suppression graduelle du médicament, mais plusieurs fois on dut revenir en arrière, la malade éprouvait en effet un malaise qui la porta plusieurs fois à des tentatives de suicide. Le traitement dura quarante-deux jours ; M. Ball était arrivé peu à peu à supprimer la morphine au

moyen du chloral, des lavements de bromure de potassium et surtout des injections de spartéine.

Le 23 juillet, cependant, treize jours après la cessation complète de la morphine, cette femme éprouva brusquement un très grand malaise et tomba dans un état de collapsus dont les injections répétées de morphine ne parvinrent pas à la tirer. Elle succomba.

A l'autopsie on trouva un commencement d'altération graisseuse du cœur. L'aorte était saine.

L'examen microscopique des centres nerveux n'a révélé aucune lésion; il n'y avait qu'un œdème prononcé du cerveau. La glande hépatique avait subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

On ne trouvait donc en somme qu'une altération graisseuse du cœur insuffisante pour expliquer la mort subite.

L'examen chimique fut beaucoup plus probant car on trouva, dans le foie surtout, les réactions caractéristiques de la morphine.

Cette observation montre donc que la morphine peut séjourner dans les tissus longtemps après y avoir été introduite.

Les toniques du cœur jouent un rôle important dans le traitement de la morphinomanie, mais il ne faut pas cesser le traitement avec l'administration de la morphine. Il faut continuer la spartéine pendant toute la convalescence. Ce fait démontre encore jusqu'à l'évidence les dangers de la suppression brusque.

M. Ball joint à cette communication une note indiquant les procédés chimiques employés pour décéler la morphine dans les viscères.

De la contagion de la variole a distance. — *M. Créquy* rapporte une épidémie de variole survenue sur le pourtour de l'hôpital des varioleux d'Aubervillers. Cette épidémie a sévi sur des employés de la Compagnie du gaz, dont l'usine la plus importante se trouve située à une distance de 330 à 770 mètres de l'hôpital; elle a sévi également sur des employés de la compagnie des chemins de fer de l'Est. L'administration des hôpitaux de Paris a donc été mal inspirée en plaçant un hôpital de varioleux dans le voisinage d'une usine qui compte 1,200 ouvriers en été et 2,000 en hiver. M. Créquy a voulu vacciner les employés et ouvriers et il a amené à l'usine un enfant vacciné, mais il n'a pu revacciner que quatorze employés et pas un seul ouvrier.

Ce fait montre combien les salles d'isolement créées dans certains hôpitaux à 100 mètres seulement des salles ordinaires sont inutiles. L'administration hospitalière a agi en cela comme la ville de Paris en plaçant ses cimetières et dépotoirs dans la banlieue. En bonne hygiène, se désinfecter ne devrait pas être synonyme d'infecter les autres (Renvoyé à la Commission de vaccine).

NOTE SUR LA GLOSSODYNIE. — M. *Magitot* lit sur ce sujet une note qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe un état pathologique de la langue qui peut prendre dans le cadre nosologique le nom de glossodynie.

2° Cet état est susceptible de revêtir deux formes distinctes : *a.* la forme rhumatismale affectant soit la totalité du système musculaire de la langue, soit certains muscles isolément; *b.* la forme névralgique uni ou bilatérale.

3° Les sujets atteints appartiennent presque tous à la classe des arthritiques et des névropathes.

4° La glossodynie est ordinairement très tenace. Elle apparaît soit d'emblée, soit après la disparition d'une autre manifestation rhumatismale ou névralgique. Son pronostic ne présente aucune gravité.

5° Le traitement de la glossodynie relève des moyens ordinaires opposés aux autres manifestations de même ordre.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉFRIGÉRATION LOCALE PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE ET SES APPLICATIONS EN CHIRURGIE. — M. le Dr *Bailly*, de Chambly (Oise), a trouvé un procédé très simple de réfrigération locale par le chlorure de méthyle. Ce procédé, qu'il appelle stypage, du mot grec στυπος, consiste dans l'évaporation médiate du chlorure de méthyle. Le jet est reçu sur un tampon de ouate et de bourre de soie qui empêche le contact direct du chlorure de méthyle avec la peau et en évite les inconvénients et les dangers (Comm. : MM. Bouchard, Moutard-Martin et Vidal).

ÉTUDE COMPARATIVE DE LA RAGE TANACÉTIQUE ET DE LA VRAIE RAGE. — M. *Hayem* lit cette note de la part de M. le Dr *Peyraud*, de Libourne, qui a communiqué à l'Académie des sciences une note que nous avons reproduite (1). M. Peyraud a pu voir évoluer simultanément les deux rages. La rage tanacétique offre généralement le type mordant et convulsivant. Ce sont des faits d'excitation bulbaire, d'excitation médullaire, et par suite d'excitation des pneumogastriques.

Une série d'inoculations destinées à voir si la rage tanacétique était contagieuse est restée absolument inefficace (Comm. : MM. Villemin, Colin d'Alfort et Laborde).

PRIX POURA. — M. *le président* annonce à l'Académie qu'un prix de physiologie a été créé par M. Poura; il propose à l'Académie, pour composer la Commission chargée de désigner les sujets du concours pour les années 1888, 1889 et 1890, les noms de MM. Sappey, Mathias Duval et Laborde.

CURE DES HERNIES ET HYDROCÈLES CONGÉNITALES. — M. *Richelot*

(1) V. *France médicale*, n° 119, p. 1439.

établit d'abord que la *cure radicale* des hernies est devenue une opération presque bénigne et dont les indications sont aujourd'hui beaucoup plus étendues qu'autrefois.

Il résume les temps principaux de l'opération et insiste notamment sur la *résection du sac.* Plusieurs chirurgiens considèrent celle-ci comme dangereuse et contre-indiquée dans les hernies inguinales. Mais M. Richelot affirme que le sac inguinal, comme celui des autres hernies, peut toujours être extirpé en totalité : l'opération est délicate, mais elle n'offre pas de grosses difficultés quand on connaît bien la disposition anatomique de la séreuse et qu'on sait faire nettement la séparation entre le vrai sac de la hernie qui est toujours très mince et les couches fibro-vasculaires plus ou moins épaissies qui la doublent.

Ces préliminaires posés, l'auteur aborde la cure des *hernies inguinales et congénitales* et pose ainsi la question : le conduit vagino-péritonéal qui sert de sac aux hernies dites congénitales, peut toujours être séparé des éléments du cordon, comme un sac inguinal ordinaire ; on peut le réséquer jusque dans la profondeur du trajet, fermer la vaginale autour du testicule, et respecter cet organe. La castration n'est donc pas, comme le disent beaucoup d'auteurs, la condition *sine quâ non* de cette cure radicale.

Aucun auteur n'a formulé nettement cette règle de conduite. Tous considèrent la dissection du conduit vagino-péritonéal comme ordinairement impossible, et conseillent de faire simplement la ligature du sac au niveau du collet — ce qui n'empêche nullement les récidives — ou bien d'enlever tout à la fois testicule, cordon et canal séreux.

M. Richelot décrit le manuel opératoire qui permet de faire la résection du canal séreux en conservant la glande séminale, et insiste sur l'intérêt qu'il y a à respecter cet organe, même quand il est incomplètement développé. Étant donnée l'évolution classique de la hernie congénitale, le chirurgien est autorisé à intervenir de parti pris, parce qu'il est important de ne pas garder une affection menaçante sous des apparences de bénignité ; parce que l'opération peut se faire sans mutilation ; parce que l'âge des sujets, le peu d'altération des tissus, leur développement ultérieur après la restauration des parties, donnent ici, mieux que jamais, l'espoir d'une guérison définitive ; parce qu'enfin l'opération, dans les conditions où elle se présente chez les enfants et les adolescents, est franchement bénigne.

M. Richelot appuie son dire sur une série de huit observations de *hernies scrotales* avec ou sans *ectopie,* des *hernies funiculaires* et d'*hydrocèles congénitales*. Dans cette dernière espèce, l'hydrocèle

n'est rien, mais la persistance du conduit vagino-péritonéal est une voie toute préparée pour l'intestin. L'hydrocèle congénitale, c'est la hernie congénitale au petit pied ; la guérison de l'une est la *cure préventive* de l'autre.

Conclusions :

1° Comme j'ai en vue spécialement les hernies congénitales, je ne veux pas conclure avec détails sur la cure radicale dans toutes les espèces de hernies. Je me bornerai à dire que, si elle est faite par un opérateur qui connaît bien et applique sans réserve les procédés actuels de la chirurgie, elle est très bénigne dans les cas simples et offre peu de dangers dans les autres ; c'est donc une opération légitime et dont les indications peuvent s'étendre.

2° Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale.

3° La résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans les kélotomies pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré.

4° La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie ; elle l'est aussi quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et en fermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse, mais n'offre pas de grosses difficultés.

5° La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible ou toute autre circonstance permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac, et a la valeur d'une cure radicale préventive.

6° Une opération bénigne et sans mutilation qui délivre un homme jeune d'une infirmité pénible, source d'ennuis et d'inquiétudes, qui supprime radicalement une espèce dangereuse de hernie ou ne lui permet de récidiver que sous une forme plus simple, est une opération que nous avons le droit et le devoir de recommander. C'est pourquoi j'ai essayé de mettre en lumière l'utilité de la cure des hernies et hydrocèles congénitales, de montrer qu'on peut leur faire subir un traitement analogue à celui des hernies acquises, de décrire avec précision le manuel opératoire auquel je me suis arrêté, de dire enfin, plus nettement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, pourquoi et comment nous devons intervenir dans les cas de ce genre.

LE CANCER DU PÉNIS ET SA THÉRAPEUTIQUE. — M. *Horteloup* lit l'observation d'un malade amputé du pénis pour un cancer en 1883 ; ce malade, revu dernièrement, n'a eu aucune récidive.

M. Horteloup insiste sur la nécessité d'enlever tous les ganglions inguinaux enflammés.

Il faut également empêcher la récidive dans la plaie même ; pour cela il faut amputer largement dans les corps caverneux. Pour éviter le rétrécissement consécutif du canal de l'urèthre, M. Horteloup décrit le procédé qu'il a employé dans ce but.

NOTE SUR LE CHAUFFAGE PAR LES POÊLES SANS TUYAUX. — M. le Dr *Gréhant* a choisi une petite chambre vitrée de 10 mètres cubes pour y installer un poêle avec du charbon de bois. Un chien placé dans cette atmosphère mourut en une heure et demie. 14 centimètres cubes d'oxyde de carbone avaient été fixés par 100 centimètres cubes de sang.

Les poêles sans tuyaux sont donc très dangereux et doivent être sévèrement proscrits. Ces poêles dégagent en outre dans l'atmosphère une grande quantité d'acide carbonique qui s'oppose par suite au dégagement de l'acide carbonique des poumons.

Les mêmes inconvénients peuvent être produits par les poêles mobiles lorsque le tirage est insuffisant, et par les poêles à gaz lorsque ces poêles ne communiquent pas avec une cheminée (Renvoyé à la section d'anatomie et de physiologie).

PLAIE DE L'ABDOMEN AVEC ISSUE ET BLESSURE DU COLON TRANSVERSE ET DE L'ÉPIPLOON PAR UN COUP DE COUTEAU. SUTURE DE LA PLAIE INTESTINALE, RÉDUCTION DE L'INTESTIN, GUÉRISON. — M. Paul *Berger*. (Nous publions ci-dessus cette communication in extenso, p. 1486.)

REMÈDES SECRETS. — M. Johannès *Chatin* lit, sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets ou nouveaux, un rapport dont les conclusions négatives sont toutes adoptées sans discussion.

La séance est levée à 5 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 24 au 29 octobre 1887.

Lundi 24. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Guébhard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Villejean, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gautier, Bourgoin, Hanriot.

Mardi 25. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Guébhard, Villejean. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Lutz, Hanriot, Pouchet.

Mercredi 26. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld,

Gariel, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Guébhard, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Lutz, Bourgoin, Hanriot.

Jeudi 27. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quenu. — 4e examen, doctorat : MM. Brouardel, Proust, Troisier.

Vendredi 28. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Gariel, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Regnauld, Baillon, Guébhard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Lutz, Blanchard, Pouchet. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Ollivier, A. Robin.

Samedi 29. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Bourgoin, Villejean, Guébhard. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Quinquaud.

Jeudi 27, à 1 heure. — M. Gervais : A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde observées en Nouvelle-Calédonie. *Président* : M. Ball. — M. Humblot : La variole. Étude sur le traitement éthéro-opiacé. *Président* : M. Ball. — Mme Sollier : De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. *Président* : M. Grancher.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le Concours de l'internat, dont l'ouverture avait été retardée par le fait du tumulte qui avait eu lieu vendredi dernier, a commencé le lundi 17 octobre. La composition écrite a eu lieu sur le sujet suivant : *Veines jugulaires*; *Erysipèle de la face.*

Asiles d'aliénés. — *Concours pour la nomination à quatre places vacantes d'interne titulaire en pharmacie.* — Le lundi 28 novembre 1887, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Saint-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire en pharmacie vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (bureau du Personnel), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 27 octobre au samedi 12 novembre 1887 inclusivement.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy succr, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 124 Samedi 22 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches sur des mouvements de contraction et de relâchement, en apparence spontanés, qui se produisent dans les muscles, après la mort, tant que dure la rigidité cadavérique.

Par M. Brown-Séquard (1).

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie le 9 novembre 1885 les résultats principaux de recherches assez nombreuses qui semblaient démontrer positivement que, très fréquemment, les muscles, pendant toute la période de l'état connu sous le nom de *rigidité cadavérique*, se raccourcissent et s'allongent alternativement. Par des procédés divers, j'ai pu non seulement constater l'existence, mais mesurer ces étranges mouvements. Pour que l'on pût, comme moi, accepter que les muscles, après la mort, peuvent produire ces singuliers phénomènes, il était utile de donner des tracés représentant les mouvements de raccourcissement et d'allongement de ces organes atteints de *contracture cadavérique*. J'avais, en conséquence, commencé, dès 1885, à faire usage de la méthode graphique. Mon travail donne quelques-uns des premiers tracés que j'ai obtenus. La question a, depuis lors, pris un développement considérable, ainsi que je le montrerai dans une série de communications à l'Académie.

On s'étonnera sans doute que la masse musculaire n'ait pas été altérée de façon à faire cesser les raccourcissements et les allongements alternatifs, bien longtemps avant le moment où ce travail s'est complètement arrêté (2). Quant à moi, j'en ai été fort peu

(1) Communication à l'Académie des sciences. (*Extrait.*)

(2) Trois choses peuvent avoir lieu après la section de la moelle épinière à la région dorsale comme à la région cervicale : 1° il peut y avoir de l'inhibition des puissances d'action de la portion de la moelle séparée de l'encéphale. Dans

surpris, sachant que dans certaines circonstances les muscles peuvent garder de la rigité cadavérique pendant trois, quatre ou cinq semaines après la mort chez le lapin et bien davantage chez le chien. La température du laboratoire, enregistrée à côté du corps du lapin en expérience, a varié du 5 mai au 6 juin de 8°,5 à 19° C., et presque tout le temps elle est restée entre 10° et 15°. Le tronc (abdomen et thorax) était en pleine putréfaction dès le 20 mai. Mais, lorsque j'ai coupé la cuisse gauche (celle du côté en expérience), le 2 juin, afin de ne laisser sur la table où s'enregistraient les mouvements des muscles jumeau et soléaire que la jambe et une partie de la cuisse, j'ai constaté que la rigidité existait encore, bien qu'à un degré très peu considérable, dans ce membre postérieur. Enfin, quand l'expérience a été terminée, trente-deux jours après la mort de l'animal, la rigidité n'avait pas encore entièrement cessé dans la masse musculaire de la partie postérieure de la jambe, qui avait tant travaillé pendant cette longue période, et, après avoir coupé transversalement cette masse musculaire, je me suis assuré qu'elle commençait à peine à se putréfier.

J'ai étudié les singuliers mouvements que je viens de décrire chez le chien, le lapin et le singe, et, presque toujours, dans les mêmes muscles : le jumeau et le soléaire; mais il y a tout lieu de croire que les autres muscles ressemblent à ceux-là.

Je vais maintenant passer en revue quelques-uns des points dignes d'intérêt dans ces recherches.

1° Ces mouvements existent-ils toujours? Je puis dire qu'ils ne manquent complètement que dans de rares circonstances, que j'indiquerai tout à l'heure. Dans ces circonstances, au lieu de se contracter (c'est-à-dire de se raccourcir) et de se relâcher (c'est-à-dire de s'allonger) alternativement, on voit seulement l'un de ces deux mouve-

---

ce cas, les convulsions manquent plus ou moins complètement et la faculté réflexe dure fort peu de temps et n'a guère d'énergie. De plus, les mouvements liés à l'état de raideur cadavérique sont très peu considérables, mais on a l'occasion de les observer pendant très longtemps, la raideur ayant une persistance bien plus grande qu'à l'ordinaire; 2° il peut y avoir une série d'effets inverses des précédents : — des ruades convulsives d'une violence extrême, une perte rapide de la faculté réflexe non plus par inhibition, mais par épuisement. Dans ce cas, les mouvements liés à la rigidité cadavérique sont, en général, considérables, mais ils cessent avant longtemps, la raideur faisant place bientôt à la putréfaction ; 3° il peut enfin y avoir des convulsions assez violentes, sans que la moelle épinière, dynamogéniée, s'épuise. Les muscles et les nerfs aussi gagnent en force dans ces conditions et l'on constate, à la fois, que la rigidité cadavérique dure un temps exceptionnellement long et que les mouvements de raccourcissement et d'allongement des muscles rigides sont fréquents et considérables en étendue.

ments, celui de relâchement ou d'allongement, lequel peut quelquefois exister sans interruption, mais cesse souvent, étant alors remplacé par un repos absolu qui peut être assez prolongé.

Dans nombre de cas les mouvements alternatifs de contraction et de relâchement sont si faibles qu'il faut examiner les tracés avec soin pour en constater l'existence.

2° Ces mouvements semblent quelquefois être très réguliers, presque rythmiques; mais cela n'est pas fréquent, car je n'ai observé cette régularité que chez sept ou huit animaux sur plus d'une centaine. Elle ne s'est jamais montrée avant les deux premiers jours qui ont suivi la mort. Dans le cas où ces mouvements ont eu le plus de régularité, ils ont commencé quatre jours après la mort et se sont montrés une fois par jour pendant trois, quatre ou cinq jours.

3° Ce que je viens de dire des mouvements presque rythmiques, je puis le dire aussi pour les grands mouvements ayant lieu d'une manière irrégulière. A part de rares cas où, peu de temps après la mort, un très grand raccourcissement ou, ce qui est encore plus rare, un notable allongement a eu lieu, les très grands mouvements ne paraissent que deux, trois ou quatre jours après la mort. Dans un cas seulement il y a eu un plus grand raccourcissement le second jour qu'ensuite. Il y a eu dans ce cas des mouvements pendant trois semaines. Quelquefois il est arrivé que les plus grands mouvements se sont montrés seulement dans la deuxième, dans la troisième ou même dans la quatrième semaine. Ainsi, par exemple, chez un lapin tué le 12 mai, c'est du 28 mai au 2 juin que les mouvements ont eu le plus d'étendue (1).

4° Sur des muscles paralysés par la section du nerf sciatique, j'ai cherché si des mouvements comparables à ceux que j'ai étudiés, après la mort, se montrent aussi pendant la vie. Le résultat a été absolument négatif sur trois animaux, excepté que, pendant les premières heures qui ont suivi la section du nerf, il y a eu l'allongement bien connu dépendant de la perte de l'influence tonique de la moelle épinière sur le muscle. Les graphiques, après ces premières heures, ont montré des tracés parfaitement rectilignes et horizontaux.

5° Dans trois cas où j'ai cherché ce que sont les mouvements *post mortem*, après avoir épuisé des muscles par des contractions extrêmement violentes dues à des courants faradiques énergiques, un peu avant et un peu après la mort, j'ai trouvé qu'aucun raccourcissement n'avait lieu et qu'un allongement, par moments, très considé-

(1) Je dois dire que l'étendue réelle du mouvement n'est que le vingt-deuxième de l'étendue montrée par les graphiques et que le maximum d'action dans un jour a été de 2 millim. 5 pour des muscles ayant une longueur de 7 à 9 cent.

rable, se montrait. Mais il y avait, alternativement dans ces cas, deux périodes très irrégulières, quant à leur durée, l'une d'allongement, l'autre de repos plus ou moins complet, la première de ces deux périodes durant toujours beaucoup plus que l'autre. Dans deux cas, chez des animaux morts avec tous les phénomènes de l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang, il n'y a eu, comme dans les cas d'épuisement par le galvanisme, que des allongements interrompus irrégulièrement par de courtes périodes de repos.

6° Si l'on compare les muscles des deux côtés du corps d'un même animal, on trouve presque toujours une analogie considérable entre les deux côtés, excepté le premier jour, où des différences notables existent souvent, et à un tel point que l'un des muscles peut se contracter pendant que l'autre s'allonge. Mais, lorsque des mouvements semblables ont lieu, on constate que l'étendue des mouvements est bien plus considérable pour l'un des muscles que pour l'autre.

7° Si la comparaison porte sur des muscles de deux animaux, on trouve très souvent des différences considérables et quelquefois radicales. En général, cependant, il y a de grandes ressemblances et quelquefois presque une identité absolue.

8° Ces mouvements dépendent-ils des conditions physiques extérieures aux muscles ? Je crois que, à part des influences non constantes, mais fréquentes, dépendant de changements de température en plus ou en moins, toutes les variations d'états de l'atmosphère, quant à l'humidité, aux proportions d'azote, à la pression barométrique, au magnétisme, à l'électricité, sont sans action aucune ou, du moins, ne sont pas les causes essentielles ni de la contraction, ni du relâchement des muscles après la mort. On a une preuve décisive que ces variations ne sont pas les sources productrices de ces mouvements, dans le fait que des muscles d'animaux différents, soumis à ces changements, donnent lieu à des graphiques qui peuvent varier infiniment. Ainsi, un muscle peut se contracter pendant qu'un autre se relâche ou reste en repos. Ainsi, encore deux muscles ayant commencé en même temps à se contracter ou à se relâcher peuvent changer d'allure, l'un d'eux continuant le même mouvement, l'autre entrant en repos ou faisant l'inverse de ce qu'il avait fait.

9° Quelles sont donc les causes de ces singuliers mouvements ? J'essayerai de montrer dans une autre communication qu'ils dépendent de la persistance de l'irritabilité musculaire, c'est-à-dire de la propriété fondamentale du tissu musculaire vivant, pendant la rigidité cadavérique et jusqu'à ce que celle-ci ait complètement disparu sous l'influence de la putréfaction. Lorsque la raideur cadavérique a existé longtemps, l'irritabilité musculaire n'est plus ce qu'elle était pendant la vie, le galvanisme, en particulier, n'étant plus capable de

produire de contraction, mais l'irritabilité modifiée persiste, bien qu'on n'en puisse constater l'existence que sous l'influence de certaines excitations mécaniques ou de changements de température.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Massage de l'abdomen. — Dans un travail fort intéressant, le Dr *Rubens Hirchsberg* (d'Odessa) étudie l'action physiologique et thérapeutique du massage de l'abdomen. Après avoir cité les auteurs qui se sont occupés de cette question, il aborde le manuel opératoire composé de deux parties : massage des muscles abdominaux, massage des organes de la cavité abdominale.

L'effet du massage consiste en :

1° Du côté de l'estomac, excitation des contractions.

2° Par le fait de cette excitation, sécrétion plus abondante de suc gastrique.

3° Par cette modification des fonctions digestives, disparition des symptômes dyspeptiques.

4° Enfin le massage des nerfs de l'estomac produit une série de phénomènes nerveux divers et réflexes agissant favorablement dans les maladies nerveuses de l'estomac.

En outre, l'auteur nous montre (et il le prouve à l'aide de huit observations concluantes) que le massage de l'estomac abrège considérablement la durée de la digestion stomacale, améliore les dyspepsies, même de nature diathésique, et enfin a une action évidente sur la diurèse dont il augmente les proportions (*Bulletin général de Thérapeutique*, 30 septembre 1887).

La région sous-glottique du larynx. — Dans une communication au Congrès scientifique de Toulouse, M. le Professeur *Masse* de (Bordeaux) relate l'étude qu'il a faite de la région sous-glottique du larynx.

Il l'étudie d'abord au point de vue anatomique : cette cavité sous-glottique, dit-il, est conique par le rapprochement des cordes vocales, mais tend à prendre la forme cylindrique dans la dilatation complète de la glotte : des injections à l'alliage d'Arcet le prouvent nettement.

Au point de vue chirurgical et pathologique, cette région est fort importante en raison du gonflement par l'inflammation ou l'œdème de la muqueuse, de l'oblitération de son conduit par des produits quelconques.

Enfin cette région est importante à connaître, au point de vue de

ses dimensions, à cause de l'introduction des canules que l'on peut être amené à faire, chose qui sera encore facilitée par le moulage du larynx : de même, si on a en vue, par exemple, le tubage du larynx préconisé par le Dr *Bouchut* et qui a l'air de nous revenir d'Amérique, après avoir été délaissé. Et à ce propos, M. le Dr *Masse* revendique hautement pour les savants français la priorité de certaines opérations qui portent le nom de chirurgiens étrangers (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 2 octobre 1887).

De la pneumotomie. — La pneumotomie commence à entrer dans le domaine chirurgical et paraît avoir donné jusqu'ici des résultats importants.

M. *Foubert* vient d'en faire une étude intéressante ; il commence par rapporter successivement et en résumé les observations de pneumotomie pour « abcès pulmonaires, kystes hydatiques, foyers gangréneux, bronchiectasies et cavernes tuberculeuses ».

Cette opération est-elle vraiment utile ? Oui, répond l'auteur, car outre les nombreux succès qu'elle a donnés, il ne semble pas que, dans les cas où la mort a été le résultat final, ce soit la pneumotomie qui l'ait déterminée.

A quelle époque et par quelle méthode doit-on pratiquer cette opération ? Pour l'époque, il faut opérer dès que le diagnostic est sûrement établi et pour cela on aura soin de recourir à des ponctions exploratrices qui en même temps indiqueront le siège exact de l'endroit où l'on incisera.

Quant à la méthode, les avis sont partagés et plusieurs procédés ont été employés. La résection des côtes paraît avoir fourni de bons résultats, car elle permet de ne pas déplacer le lieu de l'incision (*Archives générales de médecine*, octobre 1887).

Dr A. Descamps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 19 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. Lannelongue.

Plaie pénétrante du crane. Guérison sans intervention. — M. *Villeneuve* (de Marseille) envoie l'observation d'un malade de 25 ans qui s'était tiré une balle dans la tempe droite, avait pu ensuite descendre un escalier de 25 marches et faire une marche de 50 mètres environ. Guérison sans intervention.

Pathogénie des kystes du sinus maxillaire. — M. *Kirmisson*.

Dans la dernière séance, M. Magitot nous a dit que la paroi du kyste était constituée par le périoste revêtu d'un épithélium. Son opinion actuelle est différente de sa première théorie, d'après laquelle l'épithélium viendrait se former par genèse. La genèse des éléments cellulaires doit être rejetée actuellement et ne peut plus avoir qu'un intérêt historique.

Du reste, des éléments épithéliaux ne peuvent être dérivés d'un élément conjonctif.

Il n'y a pas non plus autour de la dent un périoste dans le sens du mot; M. Magitot du reste le reconnaît.

Rien d'autre part n'est plus clair que la description des masses épithéliales paradentaires de M. Malassez, et plus facile à constater sur ses préparations.

On ne comprendrait pas, avec la théorie de M. Magitot, que les dents puissent amener avec elles ces petites masses appendues à leur racine, tandis qu'on comprend que les fongosités soient entraînées par les dents qu'on enlève.

Je crois qu'il ne faut conserver des travaux de M. Magitot que la description clinique qui est parfaite, la partie anatomique et pathogénique n'étant plus au courant des idées actuelles.

M. *Reclus*. Je crois avoir été le premier à exposer par écrit la théorie épithéliale des kystes de la mâchoire, et cela d'après les cliniques de M. Verneuil. On ne comprendrait pas comment dans la paroi d'un abcès on observerait un revêtement épithélial.

M. *Magitot*. L'argumentation de M. Kirmisson porte sur trois points :

1° La genèse de l'épithélium; mais on trouve dans le ligament inter-ostéo-dentaire des cellules épithéliales en grande quantité ;

2° La nature du tissu interposé entre la dent et l'os, c'est un vrai ligament. Je suis de son avis ;

3° Enfin le siège de ces productions; or, les kystes se développent toujours au sommet de la dent.

M. *Kirmisson*. Je ferai observer à M. Magitot que, puisqu'il admet des masses épithéliales au milieu du ligament dentaire, nous sommes d'accord.

Pyosalpyngite double. Ovarite double suppurée. Opération. Guérison. — M. *Pozzi*. Femme de 28 ans, souffrante depuis son dernier accouchement.

Par le toucher vaginal, on sentait, de chaque côté du corps de l'utérus, une petite tumeur en forme de boudin.

Laparotomie. Les deux trompes étaient pleines de pus et furent enlevées.

Les suites furent simples. Suture sur trois plans séparés, ce qui met à l'abri de l'éventration.

Je ne me sers plus d'éponges. J'emploie des petits matelas de gaze purifiée.

L'examen microscopique a montré qu'il n'y avait ni tubercules, ni gonococcus dans le pus de ces trompes et des ovaires.

Amputation congénitale. — M. *Horteloup* présente les moules des membres d'un malade entré dans son service.

Il n'a jamais habité les pays chauds. Il aurait présenté des déformations dès la naissance.

Sur la main gauche, on constate que l'index et l'auriculaire sont terminés par un moignon.

Les trois premiers orteils du pied droit sont détruits à leur extrémité.

Enfin, la jambe gauche est terminée par un moignon, et au-dessous du genou existe un étranglement circulaire formé par une bride fibreuse réduisant le membre presque à l'épaisseur de l'os.

M. Horteloup considère ces lésions comme des exemples d'amputation congénitale intra-utérine.

Ces lésions me paraissent devoir être rapprochées de la maladie décrite sous le nom d'ainhum par M. F. Guillot.

Il rappelle les observations analogues publiées par M. Reclus et par M. Redard.

M. Reclus avait déjà comparé les amputations congénitales à l'ainhum. D'après l'examen de ce malade, je crois qu'il faudrait admettre l'existence de deux sortes d'amputation congénitale, l'une par une bride cutanée, l'autre traumatique, suite de brides extérieures.

M. *Reclus*. Je puis donner des renseignements sur la petite fillette que j'ai opérée. Elle se porte bien. Pas trace de récidive, et son pied est absolument normal.

J'avais admis que cette bride que j'avais décrite était comparable à l'ainhum, mais maintenant je pense qu'il faut admettre que l'ainhum est une maladie particulière à certaines races et ne survenant qu'à partir d'un certain âge.

On ne l'a vu que sur le cinquième et le premier orteil.

M. *Horteloup*. J'ai rapproché mes faits de l'ainhum sans vouloir les assimiler complètement.

Le point sur lequel je veux insister, c'est que l'amputation congénitale peut être provoquée par une bride cutanée ou par un agent traumatique.

M. *Reclus*. Je crois que la bride cutanée est produite par la bride extérieure.

M. *Routier* lit une observation de tuberculose développée autour d'un corps étranger.

INCLUSION FŒTALE DU SCROTUM. — M. *Le Dentu* présente une tumeur qu'il a enlevé à un jeune homme de 18 ans qui la portait du côté droit dans le scrotum et qui remontait à l'enfance. Le malade percevait la douleur testiculaire. J'ai fait le diagnostic de tératome.

La tumeur pesait 1.220 grammes, était bosselée, composée de poches d'inégale consistance

Le testicule était situé à la partie inférieure et antérieure du scrotum.

Il y avait des kystes à contenu miliéérique et avec des poils, des productions osseuses, etc.

J'insiste sur la possibilité de faire le diagnostic basé sur les raisons que je viens d'indiquer.

Une autre circonstance qui me l'a fait faire, c'est l'existence d'une poussée inflammatoire il y a huit ans.

M. *Desprès*. J'ai observé l'année dernière un cas de tératome du testicule.

Après l'opération nous avons vu qu'il était constitué par un kyste contenant des poils. Il siégeait à droite.

ARTHRECTOMIE COMPLÈTE DU GENOU ; PRÉSENTATION DE MALADES. — M. *Delorme*. J'ai fait quatre fois cette opération pour synovites fongueuses, deux ont guéri avec fistule et deux autres sans fistule.

P. BAZY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. MILLARD.

HYSTÉRIE TRAUMATIQUE. — M. *Debove* apporte deux nouvelles observations d'accidents hystériques survenus à la suite de traumatisme et en rapport de siège avec lui. Le premier cas est celui d'un homme de 24 ans bien portant jusqu'au moment de son accident ; ses père, mère et sœur sont tous bien portants ; aucun d'eux n'a jamais eu d'accidents nerveux. A la fin de juin, il fit dans un incendie une chute de trois mètres sur l'épaule et le bras. Il éprouva tout d'abord un peu de gêne dans le membre contus, puis au bout de trois jours survint une paralysie totale du membre ; le membre inférieur correspondant fut en même temps frappé de parésie. Au même moment, cet homme accusait une sensation de gêne ou de boule au cou et à la gorge.

Le second fait est celui d'un homme qui fit, dans un escalier, une

servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe ou d'aide-vétérinaire de 2e classe.

« Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'École de médecine navale. » (*Le Praticien.*)

LA MARTINIQUE. — Par arrêté du gouverneur de la Martinique, M. le Dr Duquesnay, conseiller général, médecin de la prison de Fort-de-France et du personnel administratif, et rédacteur en chef du journal la *Petite France*, ayant critiqué au conseil général un acte du sous-secrétariat d'État, a été relevé de ses fonctions de médecin de l'administration, lesquelles étaient rétribuées par le budget local.

Le considérant dit qu'il ressort des arguments employés par M. le Dr Duquesnay que les fonctions de médecin subordonné à l'administration de l'intérieur ne peuvent être cumulées avec le mandat de membre de l'assemblée locale appelée à apprécier les actes de cette administration.

VENTE DE BIBLIOTHÈQUE. — En distribution, à la librairie J.-B. Baillière, le catalogue de la Bibliothèque médicale (médecine, chirurgie, hygiène, histoire naturelle, littérature) de M. S. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, dont la vente aura lieu le lundi 7 novembre 1887 et les trois jours suivants.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous annonçons avec plaisir l'apparition d'un nouveau journal, les *Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique*, journal bi-mensuel fondé et publié par le Dr M. BILHAUT.

FAILLITES. — Parmi les déclarations de faillites du 6 octobre, nous relevons celle de M. Vivier, ancien pharmacien, rue de Vanves, et celle de MM. Carmouche et Deprez, marchands de spécialités pharmaceutiques, rue Vieille-du-Temple.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 9 au 15 octobre* 1887. — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 5. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 18. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44.

Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 57. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 50.

Bronchite aiguë et chronique, 47. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 47.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 58.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 847. — Résultat de la semaine précédente : 829.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

31e Année. — Tome II. N° 125 Mardi 25 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

De la néphralgie simulant la colique rénale,

Par le Dr A. MALÉCOT,
Ancien interne des hôpitaux.

(*Communication à la Société clinique de Paris.*)

Dans une communication faite au Congrès médical de Dublin et publiée dans la *Semaine médicale* du 10 août, le Dr Ralfe distingue différentes formes de néphralgies.

1° La névrose rénale, qui peut-être : *a*) une simple névralgie du rein ; ce cas est très rare, mais on l'observe parfois chez les femmes nerveuses et délicates, surtout à l'âge critique ; le paludisme semble prédisposer à cette affection ; *b*) la névrose réflexe, qui est plus fréquente. Trois fois il a observé des néphralgies intenses chez des personnes atteintes d'affections cardiaques ; une fois la néphralgie était combinée avec une maladie de la vessie et une autre fois elle a été suivie d'une pneumonie aiguë.

2° Néphralgie causée par une affection des tissus qui entourent le rein. On peut distinguer les formes suivantes : *a*) le rein douloureux (tender Kidney) ; pendant la menstruation il se produit un léger gonflement du rein qui est peut-être la cause de douleurs dont les femmes nerveuses et délicates se plaignent parfois et qui ont leur siège dans la région rénale. Le rein douloureux est une exagération de cet état congestif et les femmes qui prennent beaucoup de mouvement (lawn tennis, etc.) pendant la menstruation, sont sujettes à un léger déplacement en bas du rein droit, accident souvent suivi d'une inflammation péri-rénale assez rebelle ; *b*) l'ulcère duodénal peut causer des symptômes qui ressemblent, à s'y méprendre, à ceux d'une lésion du rein droit. Il en est de même des calculs biliaires.

3° Néphralgies causées par une affection rénale : elle est surtout

violente quand l'uretère donne passage à du sang, à du pus, à des fragments de tumeur, etc.

4° Néphralgies associées avec certaines anomalies de l'appareil urinaire : *a*) l'oxalurie, par exemple, cause souvent les symptômes suivants : sensation de douleur, de froid ou de chaleur dans l'épine dorsale, les lombes et le sacrum, augmentée par la pression et accompagnée d'élancements dans diverses parties du corps, de douleur à l'épigastre, de bourdonnements d'oreilles et divers troubles nerveux; *b*) enfin la *lithurie*, qui produit des douleurs dans les reins, les jambes et les testicules, des nausées, de la somnolence, de la céphalée et des besoins fréquents d'uriner. L'urine est très acide, peu abondante, quelquefois chargée de pigments biliaires ; parfois, mais non toujours, elle dépose des urates. L'acidité excessive de l'urine peut, à elle seule, produire des symptômes qui simulent très exactement ceux de la colique néphrétique.

Cette communication du médecin anglais est certainement très intéressante, mais nous nous demandons si notre confrère a soumis ses malades à une observation assez longtemps prolongée. Nous croyons que le diagnostic de névralgie simple du rein ne doit être porté qu'avec la plus grande réserve, et qu'il en est d'elle comme de la névralgie du foie devenue de plus en plus rare à mesure que l'observation des malades a été plus minutieuse. On sait avec quelle vivacité Beau soutenait l'existence de l'*hépatalgie non calculeuse* du foie, mais dans deux cas où il avait établi ce diagnostic dans son service de la Charité, un assistant peu convaincu, ayant pratiqué pendant plusieurs jours l'examen attentif des garde-robes, y découvrit le corps du délit. Aujourd'hui il est démontré que, dans l'immense majorité des cas, le syndrome colique hépatique se rattache au passage de calculs par les voies biliaires.

En ce qui concerne la névralgie simple du rein, nous avouons être aussi sceptique que les contradicteurs de Beau à l'égard de l'hépatalgie. Selon nous, les « oxaluriques » et les « lithuriques » se plaignant de douleurs dans les reins, les testicules, et de besoins fréquents d'uriner, sont atteints de colique néphrétique. Ils sont porteurs de calculs du bassinet qui, de temps à autre, s'engagent dans l'uretère, permettant encore le passage de l'urine en raison de leur petit volume ou de leur irrégularité, cheminant par poussées et donnant lieu ainsi aux symptômes de la colique néphrétique classique, mais d'intensité moyenne ou légère. Nombre de fois il nous a été donné de constater le fait chez des goutteux. Pendant quelques heures, quelques jours même, ils ressentaient ces douleurs vagues mais significatives dont parle le Dr Ralfe, puis les douleurs disparaissaient, et, s'ils avaient la précaution d'examiner attentivement leurs

urines, les malades y découvraient un gravier, en général peu volumineux.

Un médecin, notre ami intime, « lithurique » depuis plus de dix ans, a maintes fois constaté sur lui-même la vérité de notre assertion. Il y a quelques années un étudiant en médecine nous consulta pour des douleurs de rein parfois très intenses, accompagnées de besoins fréquents d'uriner. Ses urines étaient claires, quelquefois légèrement purulentes, mais n'avaient jamais contenu le plus petit gravier; les accidents duraient depuis plusieurs mois, apparaissant sans cause apparente, disparaissant de même et laissant à leur suite un état de tristesse et de profonde dépression morale. L'absence de toute blennorrhagie antérieure rendait difficile l'interprétation de ces douleurs et cette excitation vésicale, et un chirurgien des plus renommés avait déclaré à l'entourage qu'il s'agissait d'une cystite tuberculeuse au début. Le jeune homme lui-même manifestait souvent ses craintes au sujet de la possibilité de cette redoutable affection et avait suspendu ses études. Malgré le découragement et les douleurs physiques, l'état général restait néanmoins satisfaisant. Je connaissais exactement ses antécédents, sa vie intime. J'avais été frappé par les caractères de cette douleur rappelant bien plutôt ceux d'une colique néphrétique bâtarde que d'une cystite vraie, je rassurai mon ami, lui affirmant qu'il avait un calcul du bassinet et qu'il l'expulserait quelque jour. Un peu rassuré, il reprit sa vie habituelle et six semaines plus tard, à la suite d'une marche prolongée, il fut pris d'une douleur plus violente que les autres et rendit un volumineux calcul que l'examen microscopique montra constitué par de l'oxalate de chaux. Depuis lors, il suit un régime alimentaire approprié, mène la vie active du médecin praticien et jouit de la santé la plus parfaite.

Nous pourrions rapporter d'autres cas analogues. Le but de cet article, en réponse à la communication du médecin anglais, est simplement de montrer que les calculs du rein sont plus communs qu'on ne l'a dit et qu'en présence de ces douleurs rénales vagues et des envies fréquentes d'uriner que le Dr Ralfe attribue simplement à l'acidité excessive des urines chez les lithuriques et les oxaluriques, il est bon de penser à l'existence d'une colique néphrétique mitigée, due au passage d'un gravier dont l'expulsion peut durer des semaines et des mois mêmes. Alors qu'on a diagnostiqué une simple névralgie ou une douleur rhumatismale, il est toujours désagréable de voir le malade vous présenter un petit caillou soigneusement conservé dans une boîte élégante, et je connais tel confrère à qui un client peu indulgent ne l'a jamais pardonné.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ULCÈRE SIMPLE DU DUODÉNUM, par *J. Bucquoy*, médecin de l'Hôtel-Dieu (*Arch. de médecine*, 1887). — C'est tout un chapitre nouveau de pathologie que M. Bucquoy vient d'écrire ; car, jusqu'à présent, l'ulcère simple du duodénum n'était connu que par ses terminaisons, et son histoire clinique se confondait avec celle de l'ulcère de l'estomac. La monographie de M. Bucquoy est, en quelque sorte, le complément de la description de l'*ulcus rotundum* de Cruveilhier.

En se basant sur cinq observations personnelles et sur la critique des autres observations antérieurement publiées, l'auteur montre que l'ulcère du duodénum ne se révèle pas toujours par une hémorrhagie foudroyante ou par une perforation rapidement mortelle, que, bien que toujours plus grave que celui de l'estomac, il est susceptible de guérison, sous l'influence d'un traitement rationnel et bien dirigé, et qu'enfin cette affection offre, dans bon nombre de cas, un ensemble de symptômes assez précis et assez caractéristiques pour permettre de la diagnostiquer.

Le premier de ces symptômes, et souvent le seul pendant assez longtemps, est l'*hémorrhagie intestinale*. C'est au milieu des apparences d'une santé parfaite que les hémorrhagies se montrent et se répètent plusieurs jours de suite, quelquefois avec une telle abondance qu'elles font craindre pour la vie des malades. Ces hémorrhagies sont souvent attribuées à des hémorrhoïdes internes ; elles peuvent être accompagnées d'hématémèses, par reflux du sang dans l'estomac.

Quand il n'existe que du mélæna, la maladie est véritablement latente ; le diagnostic devient plus évident quand d'autres symptômes apparaissent. C'est d'abord une *douleur* dont le siège, correspondant à la face inférieure du foie, se trouve entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque, à droite de la ligne blanche.

Les *troubles digestifs* sont différents de ceux de l'ulcère de l'estomac, en raison du siège différent de la lésion. Ils consistent en coliques, apparaissant par crises violentes trois ou quatre heures après le repas. C'est pendant ces crises que se montrent le plus souvent les hémorrhagies et que la perforation de l'intestin peut se produire.

L'ulcère du duodénum est une affection très grave qui se termine le plus souvent par une perforation et une péritonite mortelle, quelquefois par une hémorrhagie foudroyante. Cependant le pronostic n'est pas toujours fatal et M. Bucquoy a observé plusieurs cas de guérison, sous l'influence d'un traitement bien dirigé.

Ce traitement, c'est le régime lacté, comme pour l'ulcère simple de l'estomac. Mais ici le régime lacté n'a pas besoin d'être continué aussi longtemps, à cause du bon fonctionnement de l'estomac ; on peut de bonne heure permettre au malade une alimentation variée, qui l'aide à réparer ses forces affaiblies par les hémorrhagies.

Il est remarquable que l'ulcère de l'intestin s'observe presque exclusivement chez l'homme ; c'est déjà un élément de diagnostic. Mais c'est surtout en se basant sur les trois symptômes fondamentaux que ce diagnostic pourra être établi. C'est principalement avec l'ulcère de l'estomac que l'ulcère du duodénum pourra être confondu. Le siège de la douleur et l'abondance des hémorrhagies intestinales permettront d'éviter l'erreur.

Néanmoins le diagnostic est souvent fort difficile ; il l'était surtout avant la publication du travail de M. Buquoy. Cet éminent clinicien, dont les qualités ont été apréciées par plusieurs générations d'élèves, a rendu aux médecins un nouveau service en précisant les symptômes d'une maladie si grave et en même temps si obscure, dont on ne peut espérer enrayer les progrès qu'à condition de la reconnaître à temps et de lui appliquer à son début le traitement bien simple préconisé jadis par Cruveilhier pour l'ulcère simple de l'estomac.

Ern. Gaucher.

BIBLIOGRAPHIE

—

La santé dans la famille. — *Causeries intimes d'hygiène et de médecine*, par le Dr *A. Lanteirès*. Firmin Didot, édit. Paris, 1887.

Les livres traitant des sciences médicales ont toujours revêtu un aspect magistral, et la langue qu'on y parle semble être écrite pour les initiés. C'est en vain que le commun des mortels glisserait un regard curieux entre les feuillets de ces in-folios aux termes barbares. Les grands mots succèdent aux mots baroques, et les années d'apprentissage sont longues avant de connaître seulement la langue qui permettra d'apprendre dans les livres saints du temple médical.

Cette langue spéciale, cet argot magistral peut être traduit, et toutes les intelligences reconnaîtront que la médecine n'est pas si méchante diablesse que le feraient croire ses adeptes. Elle peut se faire aimable et entrer au foyer de la famille. Elle peut venir se mêler aux douces causeries des soirées intimes, elle peut dépouiller sa robe de prêtresse et son bonnet pointu de prophète, pour se faire reconnaître telle qu'elle est, utile, bonne et charmante conseillère.

Mères de famille, c'est à vous qu'est dédié le livre où la médecine

se présente aimable et sans façon, c'est à vous qu'elle doit sa transformation et au Dr Lanteirès qui, dans un style simple, attrayant, clair, et souvent plein d'esprit, a su faire un livre qu'avant longtemps nous verrons avec plaisir entre toutes les mains.

La santé est le but, mais le moyen pour la conserver est l'hygiène. C'est à cette science toute de prophylaxie qu'est consacré ce livre. L'auteur nous montre, dans quelques pages consacrées à des notions générales, de quelle importance est cette science considérable, nous raconte son histoire, et nous fait parcourir rapidement les âges et les pays qui la virent naître et disparaître. Quelques idées philosophiques terminent un chapitre où l'auteur s'élève à des hauteurs de vue que son titre, trop modeste, ne nous annonçait pas. « L'hygiène, dit-il en terminant, est, en effet, non pas l'art de prolonger la vie, attendu qu'ici on place l'action invisible et toute-puissante de Dieu, mais elle est l'art de ne pas abréger notre existence. »

Les règles de conduite à suivre, suivant les climats, les saisons, suivant qu'on séjourne dans les villes ou à la campagne, les habitations et leurs qualités pour être qualifiées d'hygiéniques, sont étudiées dans le chapitre qui suit. Le Dr Lanteirès se révèle sous un jour nouveau, il devient architecte et nous fait un plan de la maison idéale. Il est artiste inné. Les moindres détails sont examinés, rien n'est oublié, pas même les boîtes à ordures, pour lesquelles le Dr Lanteirès réclame l'hospitalité de nuit de la part de l'administration, et les balais chauves pour lesquels il prescrit les invalides : « Les épidémies des villes et des maisons sont en raison inverse des balais qu'on y dépense. » Il ne faudrait pas croire que l'auteur se localise à la cuisine ; chaque pièce d'un appartement est étudiée et aussi comment on doit y vivre, s'y éclairer, s'y chauffer, comment, et c'est un point délicat qu'il a su écrire avec une délicatesse de touche qui sera, auprès des dames, une séduction de plus, comment, dis-je, les lectrices du livre peuvent conserver leur beauté, « ce reflet de l'infini ». Je passe sur ce chapitre, il est écrit pour une petite maîtresse. Tous les sens sont passés en revue et reçoivent des conseils qui, hélas ! ne seront pas tous suivis. (J'en appelle aux fumeurs de pipes et de cigares qui liront le chapitre qui leur est consacré, et je soupçonne l'auteur de préférer la cigarette.)

Après les soins du corps, ceux du vêtement. Ici, même minutie, mêmes détails. Jusqu'aux pantalons de femmes (qui doivent être fermés, je laisse aux lecteurs le soin de deviner la raison que ne donne pas l'auteur), jusqu'aux caleçons, jusqu'aux bas, aux chaussettes, jusqu'à la cravate, jusqu'à....., etc., tout est décrit, et il faudra, avant d'aller voir son tailleur, son bottier, son chemisier, dorénavant consulter le Dr Lanteirès. De même, si vous vous mettez

à table, prenez garde aux conseils, ne vous laissez pas tenter et voyez quels aliments sont nutritifs, comment ils doivent être préparés. Demandez-le au livre de M. Lanteirès, et il vous le dira. Deux longs chapitres sont consacrés à l'importante question du vin (du vrai) et du lait.

Après avoir été dans tous ces chapitres sémillant, coquet et gourmet, tout en restant hygiéniste, l'auteur devient paternel et médecin dans les derniers chapitres. La mère, l'enfant, ce commencement, cette fin, sont la préoccupation de l'auteur. C'est avec tendresse, je dirais presque avec amour que sont écrites ces lignes, il semblerait que l'auteur sait que des yeux attentifs de mère liront et reliront ses conseils et qu'elles les suivront.

Après avoir soigné l'enfant bien portant, l'auteur donne quelques avis pour les premiers soins à donner en cas de maladies. Petits chapitres courts, et qui semblent donnés à la hâte ; l'enfant ne doit pas être malade, et le médecin doit être toujours prévenu.

Le dernier chapitre est une petite médecine de famille, c'est la boîte de pharmacie du chasseur. Avoir toujours sur soi beaucoup de flacons, mais celui dont on aurait besoin, c'est celui qui manque. Néanmoins, les précautions à prendre sont toujours bonnes, et empêcher de faire le mal en cherchant à faire le bien est un conseil que donne à chaque instant M. Lanteirès.

L'analyse que j'ai faite un peu longue est encore bien courte pour montrer ce qu'est cette encyclopédie aimable, comme je le disais au début. Elle est écrite pour les gens du monde, dit l'auteur ; nous ne pouvons, au milieu de nos livres rébarbatifs, qu'envier les gens du monde pour lesquels on sait rendre si agréable à lire un ouvrage de médecine, ce que l'on ne fait pas toujours pour nous.

Dr H. Fèvre.

VARIÉTÉS

Congrès de Vienne.

Nous extrayons de la *Gazette hebdomadaire* quelques passages d'une lettre très intéressante adressée à ce journal par l'un des confrères qui sont allés au Congrès de Vienne.

Le Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne avait 2,453 adhérents ; plus de 1,450 membres ont déposé leur carte

au secrétariat; combien pensez-vous qu'il en est parmi eux qui aient pris la parole dans les diverses discussions? Tout juste 155! N'avais-je donc pas raison de dire que les Congrès sont surtout faits pour les voyageurs et qu'on ne peut y avoir un grand nombre d'assistants qu'en multipliant les facilités de voyages, les excursions, les distractions de toutes sortes?

Il faut bien remarquer, il est vrai, que dans les pays de langue allemande les Congrès sont toujours très fréquentés; les hommes de science se préparent volontiers à ces réunions en élaborant des travaux spéciaux; la vie scientifique est restreinte dans la plupart des petites Universités et c'est un véritable besoin pour leurs savants, besoin facilité d'ailleurs par les subsides de vacances que distribuent plusieurs Facultés, que de donner ainsi à leurs recherches une certaine notoriété. Ils ne s'en sont pas fait faute à Vienne cette année; dès le début on n'entendait parler que la langue allemande et les étrangers s'y sentaient un peu dépaysés. Mais nos collègues autrichiens n'ont pas tardé à s'ingénier par mille moyens à faire à chacun sa part, à faciliter à tous l'accès de la tribune; bientôt la réunion prit le véritable caractère international qu'elle put garder jusqu'à la fin. Je me hâte de reconnaître, en outre, que les Autrichiens, et en particulier les Viennois, se sont empressés de s'effacer, avec une modestie et une courtoisie parfaites, pour laisser la place à leurs hôtes.

A Vienne « la cour et la ville » ont rivalisé d'amabilité et de magnificence; il serait difficile de distribuer la palme si la plupart des assistants n'avaient pas paru considérer comme leur meilleur critérium la qualité — ou plutôt la quantité — gastronomique des diverses réunions offertes par les uns ou les autres. Et le triomphe appartient sans conteste à la réception qu'offrait à l'Hôtel-de-Ville la municipalité, à quatre heures de l'après-midi, le premier jour du Congrès. Je me suis laissé dire qu'un crédit de 7,000 florins, soit plus de 14,000 francs, avait été accordé pour cette réception, et comme elle s'est faite en plein jour, « devant que les chandelles fussent allumées », c'est 14 000 francs de victuailles que les estomacs des hygiénistes ont pu absorber. On m'affirme que les restes d'un pareil lunch se sont faits rares; mais je ne m'en serais guère douté, en assistant quelques heures après au *Kneip-Abend*, offert par le Collège des docteurs en médecine de Vienne. On ne saurait vraiment se faire aucune idée, en France, d'une telle réunion quand on n'y a pas assisté soi-même. Apprenez d'abord, cher lecteur, que dans cette réception, désignée par les programmes sous le nom de « soirée de cabaret », les rafraîchissements, comme les aliments solides, devaient être payés par les invités. Les amphitryons conviaient leurs

hôtes, dans un local de leur choix, à consommer une nourriture, variée mais chère, et à goûter les charmes d'une musique, non moins variée, mais gratuite. Imaginez d'ailleurs que le local était l'un des plus beaux et des plus vastes de la ville, que la musique comprenait un chœur de femmes, un orchestre civil, une musique militaire et des artistes de choix. Cette abondance de musique ne suffisait pas sans doute ; car bientôt l'on vit monter sur leurs chaises les orateurs préférés, les savants les plus éminents et à leurs toasts ne tardèrent pas à succéder les vieux chants des « Kommers » d'étudiants, repris en chœur par tous les jeunes adeptes et aussi par tous les vétérans de la science. Un souffle de juvénile enthousiasme agitait leurs âmes ; le souvenir des années d'études remplissait leurs cœurs pendant qu'ils lançaient à pleine voix le « gaudeamus igitur » et les autres chansons que leur rappelait un programme distribué au seuil de la réunion.

Et nous pensions quelques-uns, à part nous, en assistant à cette réminiscence de la vie des étudiants des Universités allemandes, combien cette intimité entre maîtres et élèves, combien ces réunions communes scellaient d'unions que les hasards de la vie permettaient ensuite d'éprouver ; combien la puissante Allemagne y avait puisé de force et d'énergie, tandis que se multipliaient ailleurs les brasseries à femmes et les agences de paris aux courses ! Et cependant cette soirée se tenait dans l'une des villes d'Europe où les mœurs sont le plus dissolues, où la prostitution est la plus répandue, sous des formes assez élégantes, il est vrai, mais avec son cortège habituel de débauches ! Raison de plus pour y rendre plus attrayantes et mieux appréciées les réunions à la fois gaies et sévères comme celle-ci.

Je ne voudrais pourtant pas vous exposer, cher lecteur, à croire que le Congrès international d'hygiène de Vienne se soit surtout fait remarquer à l'égal de l'un des festins extraordinaires de Gargantua. Sans doute il s'y trouvait une telle affluence de gens du Nord que l'on a vu rarement pareil déploiement gastronomique ; la veille de la soirée dont je viens de parler, dans la même salle, le Comité d'organisation fêtait pareillement, mais gratuitement cette fois, les membres du Congrès, et le lendemain c'est à la cour, dans le vieux palais de la Hofburg, que les buffets étaient assiégés, que les tonnelets de bière et les seaux de champagne se vidaient, que des monceaux de poissons, de gâteaux et de viandes froides disparaissaient avec une rapidité qui étonnait ceux qui n'avaient encore jamais fréquenté les réunions de ces pays. Songez que la plupart des congressistes appartenaient à des nations dont l'un des plus éminents représentants, illustre vieillard de soixante-neuf ans, absorba, sans sourciller et

sans malaise, onze chopes de bière et neuf verres de vins variés, à l'un des dîners particuliers qui eurent lieu pendant cette semaine du Congrès !

La réception offerte par l'empereur d'Autriche-Hongrie et présidée en son absence par le prince héritier était un gros événement pour Vienne. C'était la première fois que cette cour, si aristocratique qu'elle n'admet d'ordinaire que les hauts fonctionnaires et la noblesse, recevait des savants qui n'avaient, pour elle, d'autres titres que leurs travaux personnels et leur adhésion au Congrès. Il est juste d'en savoir gré à l'esprit libéral du prince héritier et à son goût très vif pour les sciences naturelles, où il a déjà marqué son nom par des travaux estimés. Mais voici où les préjugés de l'éducation ne défendent pas même les souverains contre les erreurs de jugement : il était visible que l'archiduc Rodolphe avait, pendant cette réception, un penchant marqué pour les habits chamarrés de croix, de cordons et de plaques. Plus le linge de la chemise disparaissait sous les constellations et les soies multicolores, plus on avait chance non seulement d'attirer ses regards, mais de jouir du charme réel de sa conversation. La consigne n'avait-elle pas naïvement recommandé de porter toutes ses décorations, *Original-Orden* ? En France, où nous oublions peu à peu ces habitudes d'antan, la chose paraît au moins bizarre. On n'y pourrait voir que bien rarement un professeur de gymnastique passer à ce titre avant d'illustres professeurs. En Allemagne comme en Autriche, il faut savoir se plier aux usages diplomatiques.

A part ces réceptions et ces fêtes brillantes, à part un intéressant dîner en commun au Prater, les amateurs du pittoresque purent jouir de l'excursion magnifique au Semmering et de la montée au Kahlenberg, d'où l'on a une si belle vue sur la plaine du Danube. Ce sont là, on le sait, les compléments obligés de tout Congrès international à Vienne. Puis chacun, le Congrès terminé, put choisir l'une des nombreuses excursions organisées avec beaucoup de soin par le Comité d'organisation : des voyages avaient été ainsi préparés, à prix très réduits, soit à Abbazia au fond de l'Adriatique, soit à Buda-Pesth ou même à Constantinople. Il nous revient que, dans la capitale de la Hongrie, les Français en particulier ont été l'objet d'ovations ininterrompues ; on les couvrait de fleurs et de cadeaux et c'était à qui s'ingéniait à leur témoigner sa sympathie pour notre pays et pour les œuvres de nos savants. Le nom de notre grand Pasteur soulevait des explosions d'enthousiasme, qui ont vivement ému tous ceux de nos compatriotes ayant pu faire ce voyage.

NÉCROLOGIE

—

On annonce la mort de Kirchoff, collaborateur et ami de Bunsen, successivement professeur à Breslau, à Heidelberg, où il fit ses belles recherches sur le spectre solaire et les spectres des corps simples, puis à Berlin. Kirchoff était depuis 1870 correspondant de l'Académie des sciences.

NOUVELLES

—

Faculté de médecine de Paris. — Mardi prochain, 25 octobre 1887, à neuf heures du matin, aura lieu l'ouverture du concours des bourses de doctorat, dont la première épreuve est une composition écrite.

Le jury se composera de MM. les professeurs dont les noms suivent : MM. Baillon, président; MM. Dieulafoy, Gariel, Guyon, Jaccoud, Mathias Duval et Charles Richet.

Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie sera ouvert à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à partir du mardi 25 octobre 1887, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de une heure à trois heures de l'après-midi, sous la direction de M. le docteur Rémy, agrégé, chef des travaux.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1887-1888, pour tous les étudiants en médecine de troisième année. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Hopitaux de Paris. — *Concours des prix de l'internat.* — Le jury du concours des prix de l'internat en médecine, tiré au sort, se compose de MM. les docteurs Fournier, Troisier, Besnier, Richet, Prengrueber, Richelot et Maygrier.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Sont nommés :

1° *Professeurs :* MM. les docteurs Charpy (anatomie) ; Toussaint (physiologie); Saint-Ange (pathologie interne et pathologie générale); Tapie anatomie pathologique) ; André (hygiène et médecine légale) ; Bonnemaison (clinique médicale); Caubet (clinique médicale); Pénières (pathologie externe et médecine opératoire); Jeannel (clinique chirurgicale)]; Labéda (clinique chirurgicale) ; Labat (clinique obstétricale et gynécologique); Basset (thérapeutique); MM. Lamic, pharmacien supérieur de 1re classe (botanique et zoologie élémentaire) ; Frébault, docteur en médecine (chimie médicale) ; Dupuy, pharmacien supérieur de 1re classe (pharmacie).

2° *Chargés de cours :* MM. Broemer, pharmacien de l'... médicale) ; Rey, licencié ès sciences physiques (physique...

3° *Suppléants :* MM. Rochard, docteur en médecine ... siologie); Roule, docteur ès sciences (histoire naturelle; ... decin principal de la marine (pathologie et clinique interne...

4° *Chef des travaux.* — M. Rochard, docteur en mé... anatomiques et physiologiques.

M. Caubet, professeur de clinique interne, est nommé, ... à partir du 1er novembre 1887, directeur de ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — MM. les médecins ... Duchateau et Galliot, professeurs à l'Ecole de médecine ... sont désignés, le premier, pour occuper la chaire de clinique ... pathologie interne, pathologie exotique, laissée vacante par ... à la retraite de M. le médecin en chef Nielly ; le second, pour ... du cours de clinique médicale et thérapeutique, en rem... M. Duchateau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER, ...
23, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Minéralogie micrographique, par le Dr GORECKI, profe... d'ophthalmologie, etc. Notre excellent et savant confrère le ... vient d'écrire pour le manuel de technique microscopique ... teux, un petit fascicule qui résume admirablement une science ... velle, la minéralogie microscopique.

Les connaissances optiques et mathématiques de notre confrère ... ont permis de combler une véritable lacune dans la micrographie ... a que quelques années que l'on se sert du microscope polarisant ... il a opéré une véritable révolution dans la pétrographie. Les histol... qui voudront se tenir au courant de la science feront bien de co... ce travail où les recherches les plus ardues sont exposées avec l... plicité et la clarté ordinaires du style de l'auteur.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENT...

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY ...
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 123 Jeudi 27 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 26 octobre 1887.

M. le professeur Fournier a déjà combattu cette idée, trop répandue dans le public, que la syphilis est toujours une maladie honteuse, résultant invariablement de la débauche, qu'on ne la contracte que lorsqu'on veut bien s'y exposer, et que, par suite, la prophylaxie publique de la syphilis ne servirait qu'à des gens qui ne valent pas beaucoup la peine qu'on prenne tant de précautions pour eux. Il a cité hier à l'Académie des chiffres qui montrent non seulement combien cette opinion est ridicule et cruelle, mais aussi quelle est l'incroyable fréquence de ce qu'on peut justement appeler les syphilis imméritées.

Depuis vingt-sept ans qu'il exerce la médecine, M. Fournier a vu passer dans son cabinet 887 femmes atteintes de syphilis, et sur toutes il a pris des notes qu'il a pu compulser pendant les vacances dernières. Dans 45 cas, la syphilis est due à une origine non vénérienne, elle a été contractée sans rapprochement sexuel, soit déjà une proportion de 5 0/0 de syphilitiques absolument innocentes.

Restent 842 femmes atteintes de syphilis par contamination sexuelle, et que M. Fournier range en trois catégories : 366 femmes appartenant à la galanterie parisienne, 256 femmes qui n'ont pas voulu lui faire connaître leur condition sociale, et 220 femmes mariées. Sur ces dernières, un certain nombre ont contracté la syphilis à travers les trous qu'elles avaient faits dans leur contrat de mariage ; 34 fois M. Fournier n'a pu voir les maris, et l'origine reste par conséquent douteuse, mais il reste encore 164 femmes honnêtement mariées, dont M. Fournier a pu voir et confesser les maris, et qui toutes, sans contestation possible, ont contracté la syphilis dans des rapports strictement conjugaux. Cela fait une moyenne de 20 0/0, moyenne que l'on ne peut plus réduire, et qui, avec les 5 0/0 d'innocentes véroles que nous avons signalées tout à l'heure, fait un total de 25 0/0 de syphilis affectant des femmes qui ne l'ont nullement méritée.

Cette proportion est considérable, un peu effrayante même ; elle montre, en tous cas, combien peu est fondée l'opinion des gens qui ne voudraient pas qu'on prît des mesures publiques contre un pareil fléau.

M. le professeur Hayem avait déjà communiqué à l'Académie les résultats auxquels, avec son interne, M. Lesage, il était arrivé dans le traitement de la diarrhée verte des enfants, diarrhée dont il a démontré l'origine bacillaire ; il a exposé hier les recherches bactériologiques que M. Lesage a continué à faire sur ce sujet. Après cette lecture s'est élevée une intéressante discussion, que nous résumons plus loin. A. Ch.

A cause de la fête de la Toussaint, qui tombe mardi, la prochaine séance de l'Académie aura lieu samedi 29 octobre.

Clinique médicale de Naples. — M. le professeur de Renzi.

Tuberculose et syphilis laryngo-pharyngée (1).

Messieurs, la malade que je vous présente a 25 ans, et dans ses antécédents je rencontre les particularités suivantes :

1° Peu de temps après son mariage, elle a vu apparaître sur la peau, particulièrement à la partie antérieure du tronc, des taches rosées qui ont duré quelque temps puis ont disparu.

2° Au bout de deux ans, elle a souffert de douleurs dans les os, douleurs qui étaient plus fortes la nuit.

Les souffrances actuelles ont commencé au mois de novembre dernier par une affection de la gorge accompagnée de fièvre, de toux, de dysphagie et de douleur locale. Actuellement, à la partie postérieure du pharynx, on observe une ulcération de couleur gris-jaunâtre, d'un diamètre un peu plus grand que celui d'un centime, entourée d'une auréole rouge. Au moyen de l'examen laryngoscopique, on trouve une grande partie de l'épiglotte détruite, et le pharynx affecté d'un processus ulcératif qui présente un caractère diphthéritique.

Chez cette malade, il existe donc les caractères de la syphilis pharyngo-laryngée. Je ne puis admettre, en effet, que la lésion ci-dessus décrite soit de nature tuberculeuse, car elle n'en n'a pas les caractères. Il manque les ulcères et les nodules tuberculeux. Nous voyons seulement une grosse ulcération pharyngienne, avec un fond grisâtre et des bords rouges, laquelle s'accompagne de l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux. Le traitement spécifique

(1) Traduit de la *Rivista clinica e terapeutica*, octobre 1886.

est venu lever toute espèce de doutes, puisqu'il a amené rapidement la guérison de l'ulcère.

Cependant, outre la syphilis, il existe également une lésion tuberculeuse du larynx. On a beaucoup discuté sur les caractères différentiels de ces deux lésions, mais sans conclusions positives. Avec les connaissances actuelles, nous avons un critérium différentiel très précis, et qui consiste dans la présence des bacilles tuberculeux, s'il s'agit de tuberculose laryngée, dans leur absence, s'il s'agit de syphilis.

Dans le cas actuel, l'examen microscopique a démontré la présence du bacille tuberculeux, et nous sommes obligés d'admettre, chez notre malade, deux espèces de lésions : les unes tuberculeuses, les autres syphilitiques. Dans le pharynx existe la syphilis, puisque dans les sécrétions on ne rencontre pas le bacille tuberculeux ; le larynx, au contraire, est atteint de lésions tuberculeuses, et l'on rencontre le bacille de Koch dans la matière sécrétée.

Il faut donc conclure que sur un fond syphilitique s'est développée la tuberculose.

Ce mélange de diathèses se rencontre quelquefois dans la pratique. Nous avons reçu cette année à la clinique un tuberculeux qui, l'an passé, présentait tous les signes de la syphilis pulmonaire. Comment distinguer ces deux lésions ?

On donne les caractères différentiels suivants : 1° la syphilis a une marche plus lente ; 2° dans la tuberculose, les cavernes se forment très rapidement ; elles manquent dans la syphilis ; 3° la syphilis attaque la partie postérieure des poumons ; la tuberculose se localise au sommet ; 4° dans la tuberculose, il existe des hémoptysies qui manquent dans la syphilis ; 5° les phénomènes généraux sont plus graves dans la tuberculose.

Il faut bien dire que ces caractères ne se rencontrent pas toujours et que la syphilis pulmonaire peut avoir une marche rapide, avec fièvre, etc., et en somme présenter tout à fait l'aspect de la tuberculose. Pour juger ces deux lésions, nous n'avons donc qu'un seul critérium : la présence ou l'absence du bacille tuberculeux.

Toutefois, la syphilis est une affection bacillaire. Klebs, en 1878, a, le premier, montré la présence de micro-organismes spéciaux dans la syphilis et la reproduction de la maladie chez un singe par l'inoculation.

Lustgarten, en 1884 et 85, a publié deux travaux importants à ce sujet, et a fait connaître que les micro-organismes de la syphilis sont des bacilles.

Ces microbes ont une longueur de 3 à 5 μ, une épaisseur de 0,13 à 0,25 μ, et contiennent de 2 à 4 spores ; ils se présentent droits ou

arqués, comme ceux de la tuberculose. Ils se colorent également avec le liquide de Ehrlich, et conservent leur coloration sous l'influence de l'acide sulfurique ; ils se décolorent, au contraire, sous l'influence des acides nitrique et chlorhydrique.

Maintenant surgit cette question : pourquoi le bacille de la syphilis n'empêche-t-il pas le développement de celui de la tuberculose, puisque nous savons que la présence d'un micro-organisme empêche d'ordinaire le développement des autres ? C'est qu'il n'y a pas antagonisme entre eux.

Pour que les bacilles tuberculeux se développent, il faut qu'ils trouvent un terrain favorable. Ce sont les constitutions affaiblies qui sont d'ordinaire atteintes.

En outre, il y a des prédispositions locales qui favorisent leur développement, et en effet, chez notre malade, il s'agit de tuberculose localisée. Comment s'est-elle développée ? L'air, chargé de bacilles tuberculeux, a pénétré dans le larynx, où ils ont rencontré une lésion syphilitique qui les a fixés.

D'autres fois, on rencontre la tuberculose de l'appareil digestif. Les bacilles traversent rapidement le canal œsophagien (d'où la rareté de la tuberculose de l'œsophage), arrivent dans l'estomac, où ils rencontrent le suc gastrique qui, s'il ne les détruit pas, permet leur introduction dans l'intestin. Ils s'arrêtent alors, le plus souvent, au niveau de la valvule iléo-cœcale, où les matières séjournent plus longtemps.

La tuberculose peut être localisée à la peau. Les scrofuleux sont souvent atteints de lupus, sous les formes exfoliatrice, ulcéreuse ou non ulcéreuse, hypertrophique. Eh bien, cette affection n'est autre chose qu'une tuberculose locale.

La tuberculose peut encore se localiser en d'autres points, principalement au voisinage des muqueuses.

Dans le sillon nasal, on a observé des ulcérations dépendant de la tuberculose. Dans la plèvre, elle peut s'établir et donner lieu à une pleurésie avec exsudat abondant. En pareil cas, l'inoculation du liquide pleurétique produit la tuberculose, alors même que la plèvre enflammée ne présente pas de tubercules. Enfin, les méninges peuvent être atteintes. L'année dernière, nous avons observé, à la Clinique, un cas de méningite qui, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, n'avait pas présenté de lésions tuberculeuses des méninges. Cependant, l'inoculation du sang produisit la tuberculose, et les observations microscopiques démontrèrent l'existence des bacilles tuberculeux dans l'infiltration de petites cellules diffuses, qui existait dans la pie-mère. La tuberculose peut encore se localiser dans l'appareil génital, dans les reins, etc.

Profitons du cas actuel pour examiner les symptômes cliniques de la tuberculose laryngée. Cette affection peut-elle exister sans lésions pulmonaires? Je le crois, mais tous ne partagent pas mon opinion. Louis a nettement nié l'existence de la tuberculose isolée du larynx. Ziemssen déclare n'avoir jamais vu la tuberculose primitive du larynx.

Plus souvent, en effet, la tuberculose laryngée est secondaire, et on l'observe dans une proportion de 30 à 40 0/0 dans la phthisie pulmonaire.

La tuberculose du larynx peut se développer de diverses manières : sous la forme congestive, ou sous la forme d'infiltration, ou encore sous la forme d'ulcérations de l'organe.

Masséi distingue quatre formes : 1° elle peut se manifester sous la forme *ulcéro-tuberculeuse*. Elle se rencontre dans la paroi postérieure du larynx, surtout dans l'espace inter-arythénoïde, s'accompagne d'œdème circonvoisin ; la muqueuse est décolorée.

Pourquoi cette localisation dans l'espace inter-arythénoïde? C'est qu'en ce point les glandes muqueuses sont plus développées, et que c'est aussi un endroit soumis à plus de mouvement.

2° Elle peut se présenter sous la forme de *péri-chondrite*.

En pareil cas, elle affecte d'ordinaire les cartilages arythénoïdes. Elle se manifeste des deux côtés, avec infiltration et décoloration des parties atteintes.

3° La troisième forme consiste dans l'*infiltration des cordes vocales*.

4° En dernier lieu, elle affecte la forme de *nodules tuberculeux* au-dessus de ces cordes.

Cette affection du larynx s'accompagne de toux, d'excrétion séro-muqueuse et de douleur dans la déglutition.

En dernier lieu apparaissent la fièvre et l'amaigrissement, comme dans la phthisie pulmonaire.

La tuberculose laryngée peut guérir.

Le *traitement* sera le suivant : il faut fortifier la constitution, et administrer certains remèdes destinés à empêcher les progrès de la maladie.

J'ai employé l'iodoforme. L'usage de l'iode contre la tuberculose est ancien. Laënnec, le premier, en a indiqué l'emploi en faisant respirer aux phthisiques l'air de la mer, et a montré l'efficacité de l'iode contenu dans le *fucus vesiculosus*. Piorry et d'autres l'ont ensuite conseillé. Semmola a prescrit l'iodoforme avec succès. Pour moi, en 1881-82, j'ai dissous ce médicament dans l'huile essentielle de térébenthine, et j'ai fait faire des inhalations au moyen d'un appareil spécial. Les résultats que j'ai obtenus ont été les suivants : la

toux a diminué, ainsi que la sécrétion, l'irritation s'est calmée, et le sommeil a commencé à être plus facile et plus tranquille, l'état général s'est amélioré, et parfois la fièvre est tombée.

Ces résultats s'expliquent par l'action anesthésique de l'iodoforme et par celle de l'iode naissant.

Je les ai confirmés par des recherches expérimentales :

Les animaux, auxquels on avait inoculé de la substance tuberculeuse, mouraient tous s'ils n'étaient pas soumis aux inhalations d'iode. Ce qui m'a encore persuadé de l'efficacité de ce médicament, c'est qu'Hebr a guéri le lupus avec l'iode, et que d'autres out obtenu les mêmes résultats dans la scrofule, ainsi que la guérison dans la première période de la tuberculose. En outre, on a pu démontrer que l'iode empêche le développement des bacilles tuberculeux.

L. Greffier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Terrier, candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; 2° une lettre de M. le Dr Chedevergne, de Poitiers, candidat au titre de correspondant de l'Académie; 3° une lettre de M. le Dr Rappin, accompagnant une note sur les micro-organismes des tumeurs malignes (renvoyé à la commission du prix Bornier); 4° une lettre de M. le Dr Carry, médecin inspecteur des écoles à Lyon, qui envoie le résultat des vaccinations qu'il a pratiquées sur les enfants des écoles de sa circonscription; 5° une lettre de M. le Dr Gairal père, de Carignan, adressant une note sur le traitement du choléra.

Eaux minérales. — M. *Proust* lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Note sur quelques maladies des centres nerveux de nature paludéenne. — M. le Dr *Bourru* (de Rochefort) lit une note dont voici les conclusions :

1° L'infection paludéenne peut déterminer dans les centres nerveux des lésions congestives ou inflammatoires;

2° Ces lésions à leur début sont justiciables du traitement spécifique de l'infection et peuvent guérir avec elle ;

3° Dans d'autres cas, soit que le traitement ait été appliqué trop tard, soit que les accidents aient été trop violents dès le début, ils

peuvent persister malgré le traitement spécifique, évoluer indépendamment de leur cause infectieuse.

De l'origine de la syphilis. — M. *Fournier* a fait une enquête sur l'origine de la syphilis chez un nombre donné de femmes de sa clientèle. Cette enquête, en effet, à peu près impossible à l'hôpital, ne peut guère se réaliser que dans la clientèle privée.

Depuis vingt-sept ans qu'il exerce, M. Fournier a reçu dans son cabinet 887 femmes affectées de syphilis; en premier lieu ces 887 cas peuvent être classés en 2 groupes nettement définis : cas de syphilis d'origine sexuelle 842; cas de syphilis non vénérienne 45; ce sont là 45 cas rentrant dans la catégorie de ce qu'on a appelé la syphilis des innocents. Ce nombre de 45 sur 887 donne une proportion de 5 pour 100 environ. C'est donc une moyenne assez faible mais qui ne peut être négligée.

Les 842 femmes chez lesquelles la syphilis provenait de contamination sexuelle peuvent être divisées en trois catégories : 366 appartenant au monde galant à un titre quelconque; 220 femmes mariées; 256 de condition sociale restée inconnue. Il a été impossible 256 fois à M. Fournier de connaître l'état social de ses malades; dans ces cas, en effet, il n'est pas très possible de solliciter trop vivement des confidences.

Sur la première catégorie, M. Fournier ne peut signaler que ce fait : la proportion considérable des femmes de théâtre (65 sur 366).

Ce qui est plus curieux, c'est le nombre considérable des femmes honnêtes, des femmes mariées ou se disant telles qui ont contracté la syphilis. Il faut en défalquer, il est vrai, une quinzaine de cas dans lesquels les femmes, quoique mariées, avaient contracté la vérole avec leurs amants, puis un certain nombre d'autres cas (34) dans lesquels M. Fournier n'a pu voir les maris. Il reste néanmoins 164 femmes mariées ayant toutes sans conteste contracté la vérole de leurs maris. M. Fournier a vu ces 164 maris et a recueilli leurs confidences et leurs regrets. 125 avaient contracté la vérole avant le mariage, 39 après le mariage.

Ce minimum peut encore être abaissé en mettant dans la catégorie des femmes galantes un certain nombre de femmes que M. Fournier a placées dans le groupe des femmes de condition sociale inconnue; mais la moyenne reste encore de 19 à 20 0/0; sur 100 femmes syphilitiques il y a donc encore 20 femmes mariées. M. Fournier lui-même est resté stupéfait devant ce résultat. Ce chiffre cependant a été abaissé par toute une série de défalcations et de réductions.

C'est là une écrasante réponse à ceux qui veulent faire de la syphilis, le monopole du monde galant.

Si nous voulons maintenant établir le bilan des syphilis qui doi-

vent recevoir l'épithète d'imméritées, il faut à ces 20 0/0 ajouter les 5 0/0 de syphilis contractées en dehors de tout contact vénérien, ce qui fait 25 0/0.

Ces chiffres sont un argument puissant contre les adversaires d'une prophylaxie publique de la syphilis. Cette prophylaxie ne servirait pas uniquement au public de la débauche. Cette doctrine est absurde et cruelle.

La diarrhée verte microbienne des enfants du premier age. — M. *Hayem* lit un résumé des recherches que son ancien interne, M. Lesage, fait depuis quelques années sur la diarrhée verte des enfants.

M. Hayem continue à penser que l'acide lactique est le meilleur spécifique de la diarrhée verte, mais il a remarqué que l'administration d'un émétique dès le début rendait le traitement beaucoup plus rapidement efficace.

M. *Guéniot*. Dans quelle proportion, chez les enfants, M. Hayem a-t-il observé cette diarrhée verte et la diarrhée ordinaire? Ce que l'on constate communément, c'est qu'en redressant le régime chez les nourrissons, en corrigeant les défectuosités de leur alimentation, on arrive à guérir la diarrhée sans l'intervention des microbicides.

J'ai vu des cas de diarrhée verte rebelle, par exemple chez l'enfant d'un pharmacien qui consulta sans succès de nombreux médecins de Paris. Cette diarrhée abandonnée à elle-même finit par disparaître. C'est là un fait exceptionnel. Dans la pratique, ces diarrhées vertes des enfants sont susceptibles de guérir par le seul changement de régime.

Cette notion a de l'importance, parce que si l'idée de la contagion s'acclimate dans les crèches, au lieu de chercher à modifier le régime des enfants, on s'occupera à combattre des microbes qui n'existent pas.

M. *Blot* demande à confirmer entièrement ce que vient de dire M. Guéniot.

M. *Hayem*. J'ai déjà dit dans ma première communication à l'Académie qu'il y avait plusieurs causes à la coloration verte des garderobes. Le mot diarrhée verte ne signifie pas toujours diarrhée microbienne, puisque cette coloration verte peut être due à la bile.

La diarrhée est verte chez les enfants dans les premiers jours de la vie lorsqu'il existe un trouble dans la sécrétion du foie. On ne rencontre pas dans ces cas de microbes dans les garde-robes et cette diarrhée, qui est très commune dans les premiers mois de la vie, devient de plus en plus rare jusqu'à l'âge de six mois. Après l'âge de six mois, quand la diarrhée prend une coloration verte, on trouve une quantité innombrable de bacilles. Il semble alors que ce qu'on

appelle des mucosités soit constitué presque uniquement par les bacilles. On ne trouve pas alors de pigment biliaire, ou on en trouve moins que dans les garde-robes ordinaires. Cette coloration verte varie d'ailleurs avec les milieux de culture. Elle est surtout prononcée avec la pomme de terre qui est ici le meilleur moyen de la développer.

Dire à la légère que les garde-robes contiennent de la bile parce qu'elles sont vertes, cela n'est pas scientifique. La preuve, c'est que dans cette diarrhée verte des enfants je n'ai trouvé qu'une quantité infinitésimale de pigment biliaire, alors que les microbes étaient extrêmement abondants.

Les expériences faites par M. Lesage qui a voulu inoculer ces microbes à divers animaux ne sont pas encore suffisamment concluantes, mais les résultats obtenus chez les enfants sont absolument certains.

M. *Guéniot*. M. Blot et moi, nous ne contestons pas l'existence de cette diarrhée verte microbienne ; il est certain qu'elle existe, mais ce que nous voudrions savoir, c'est dans quelle proportion cette diarrhée existe par rapport à la diarrhée ordinaire. Journellement il nous arrive de guérir des diarrhées sans l'intervention même de médicaments. Il n'est pas rare de voir des diarrhées survenir par indigestion ; si un enfant prend à chaque tétée une quantité de lait trop considérable, il aboutira fatalement à l'indigestion et à la diarrhée.

M. *Blot*. Je fais appel aux souvenirs de notre secrétaire perpétuel ; nous avons vu ensemble un enfant chez lequel la diarrhée était provoquée par l'intempérance. Cet enfant prenait par tétée jusqu'à 170 grammes extraits de la mamelle ; aussi nous avons dû réduire les tétées à une minute de durée.

M. *Bergeron*. Je me rappelle parfaitement le fait cité par M. Blot, mais nous avons tous eu non pas un cas mais des centaines de cas dans lesquels la diarrhée des enfants était provoquée par la trop grande abondance des tétées. M. Hayem lui-même ne prétend pas que toutes les diarrhées vertes soient microbiennes. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans ces cas les enfants ne guérissent pas par les acides, mais par les alcalins.

M. *Hayem*. Je n'ai pas parlé d'autre chose que de la diarrhée verte bacillaire, de la diarrhée des enfants du premier âge ; j'en fais une forme absolument spéciale. Je n'ai pas établi la proportion de la diarrhée verte et de la diarrhée ordinaire ; ce serait là une statistique très longue et très difficile à faire.

Dans cette forme de diarrhée, l'acide lactique est ce qui m'a le mieux réussi, alors que j'avais échoué avec les alcalins, le calomel,

l'acide chlorhydrique et tous les médicaments recommandés dans la diarrhée verte des enfants. Du moment que l'on tient un médicament actif comme l'acide lactique, il me paraît bon de s'adresser immédiatement à lui.

INCISION D'UN SPINA BIFIDA LOMBAIRE CHEZ UN ENFANT DE DEUX MOIS ET RÉDUCTION DANS LE CANAL RACHIDIEN DE LA PORTION HERNIÉE DE LA MOELLE ET DE SES ENVELOPPES CHEZ UN ENFANT DE DEUX MOIS. — M. Ch. *Périer* lit l'observation et présente le malade guéri (Renvoyé à la section de pathologie chirurgicale).

A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 31 octobre au 5 novembre 1887.

Lundi 31. — 1er examen, officiat (fin d'année) : MM. Lutz, Blanchard, Villejean. — 2e examen, officiat (fin d'année) : MM. Ollivier, Reynier, Jalaguier.

Jeudi 3. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Cornil, Brun. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ball, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Lecroux, Quinquaud.

Vendredi 4. — 1er examen, officiat (fin d'année) : MM. Regnauld, Lutz, Villejean. — 3e examen, officiat (fin d'année) : MM. Damaschino, A. Robin, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud, — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Fournier, Déjerine, Chauffard.

Samedi 5. — 4er examen, doctorat : MM. Bouchard, Proust, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Fort, Bouilly, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Tarnier, Schwartz, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Ball, Peter, Hanot.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 3, à 1 heure. — M. CATAT : Chlorose cardiaque. *Président* : M. Brouardel. — M. BONET : Les froids polaires et leurs effets sur l'organisme : *Président* : M. G. Sée.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1887.

COURS

Physique médicale. — M. Gariel. — Électricité. — Optique. — Notions générales. — Applications à la physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy. — Maladies de l'appareil digestif. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand amphithéâtre).

Chimie médicale — M. Gautier. — 1° Chimie médicale : applications médicales des métalloïdes et des métaux ; 2° chimie physiologique : principes constitutifs des êtres vivants. — Nutrition générale. — Jeudi, samedi, mardi, à 1 heure (Grand amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue. — La chirurgie de la tête : face, crâne et encéphale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Duplay. — Traitement des maladies des organes génitaux et urinaires chez l'homme et chez la femme. — Opérations qui se pratiquent sur ces organes. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias-Duval. — Le sang et les vaisseaux ; les muqueuses et les glandes ; l'appareil génito-urinaire et les éléments de la génération. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, (Grand amphithéâtre).

Anatomie pathologique. — M. Cornil. — Anatomie pathologique générale. — Altérations des cellules. — Inflammations. — Mortifications. — Dégénérescences. — Néoplasmes. — Parasites végétaux (bactéries) et animaux. — Lésions des os et des articulations. — Autopsies. — Lundi, vendredi, mercredi, à 5 heures, Faculté (Grand amphithéâtre), à 4 h. 1/2 École pratique (Amphithéâtre Bichat), à l'Hôtel-Dieu.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène. — Harvey et la circulation du sang. — Histoire des maladies parasitaires (*suite*). — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel. — Conférences de médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Cliniques médicales. — MM. G. Sée, lundi et mercredi, à 9 h. 1/4 à l'Hôtel-Dieu. — Potain, mardi et samedi, à 10 heures à la Charité. — Jaccoud, mardi et samedi, à 9 h. 1/2 à la Pitié. — Peter, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 à l'hôpital Necker.

Cliniques chirurgicales. — MM. Richet, mardi, et samedi, à 10 heures à l'Hôtel-Dieu. — Verneuil, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures à la Pitié. — Trélat, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures à la Charité. — Le Fort, mardi et jeudi, à 9 h. 1/2 à l'hôpital Necker.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, dimanche et jeudi, à 10 heures à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher, mardi et samedi, à 10 heures à l'hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier, mardi et vendredi, à 9 heures à l'hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Charcot, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2 à la Salpêtrière.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, lundi et vendredi, à 10 heures à l'Hôtel-Dieu.

Clinique d'accouchements. — M. N..., M. Budin, agrégé, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures à la Clinique de la Faculté.

Visite des malades tous les matins.

Société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 27 octobre, à 8 heures 1/2 du soir, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. L. Galliard : Pneumothorax pur, essentiel, sans épanchement liquide. Guérison en quatre semaines.

2° M. le professeur Bouchard : De l'antisepsie intestinale.

3° M. Gilbert : Note sur deux cas de choléra nostras.

4° M. Martin de Gimard : Deux observations de purpura hémorrhagique.

5° Communications diverses.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Cronica de higiene y therapeutica*, revue semi-hebdomadaire paraissant à Barcelone, sous la direction du Dr D. Carlos Ronquillo.

Urologie. — Le Dr H. Picard commencera le vendredi 21 novembre, à 5 heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur l'analyse des urines et le continuera les lundi et vendredi suivants à la même heure.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard, chef de clinique adjoint d'accouchements, et P. Berthod, ancien interne à la Maternité, recommenceront leurs cours d'accouchements le lundi 7 novembre, à 4 h. 1/2, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours a lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare ou à M. P. Berthod, 17, place de la République.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 127 Samedi 29 Octobre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE

—

Dualité du cerveau et de la moelle épinière, d'après des faits montrant que l'anesthésie, l'hyperesthésie, la paralysie et des états variés d'hypothermie et d'hyperthermie, dus à des lésions organiques du centre cérébro-spinal, peuvent être transférés d'un côté à l'autre du corps.

Par M. Brown-Séquard (1).

La question de savoir si nous avons un double appareil cérébro-médullaire occupe la plus haute place en physiologie. La plupart des médecins et des physiologistes maintiennent que les mouvements, et surtout ceux que la volonté produit dans les membres d'un des côtés du corps, ne dépendent que d'une moitié de l'encéphale et d'un seul côté de la moelle épinière. Il en est de même pour la transmission et la perception des impressions sensitives et aussi pour les influences vaso-motrices exercées par le centre cérébro-spinal. Quant aux sens, il en est également à peu près de même. La moitié *droite* de l'encéphale et la moitié *gauche* de la moelle épinière servent seules, croit-on, pour le côté *gauche* du corps, aux mouvements volontaires, aux actions vaso-motrices, à la transmission et à la perception sensitives. La moitié *gauche* de l'encéphale et la moitié *droite* de la moelle servent seules, assure-t-on, à la moitié *droite* du corps.

Je me propose, dans plusieurs Communications à l'Académie, de donner une série de preuves établissant que ces opinions ne sont pas exactes et qu'il faut admettre, au contraire, que chacune des moitiés de l'encéphale et de la moelle épinière peut servir à toutes les fonctions des deux moitiés de ces centres nerveux.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Les preuves que l'expérimentation et la clinique apportent à l'appui des idées reçues sont tellement nombreuses, tellement décisives, *en apparence*, qu'il semblera fort singulier que je vienne en nier la signification. Les médecins qui voient chaque jour des lésions unilatérales du cerveau ou de la moelle produire des pertes de mouvement, de sensibilité ou de contraction vasculaire en apparente harmonie avec leurs doctrines, s'étonneront que l'on essaye de montrer que la paralysie et l'anesthésie ne dépendent pas de la destruction et, conséquemment, de la *perte de fonction* de conducteurs là où se trouve la lésion, mais d'une *action*, d'une *mise en jeu* de propriétés des mêmes conducteurs au voisinage de la lésion. Je vais essayer de faire voir que cette dernière opinion ressort inévitablement de certains faits expérimentaux.

I. *Transfert de l'anesthésie et de l'hyperesthésie.* — J'ai déjà fait voir, dans un travail présenté à l'Académie, en mars 1880 (*Comptes rendus*, t. XC, p. 750), que lorsqu'on a produit, par la section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale (protubérance, bulbe rachidien ou pédoncule cérébral), une anesthésie du membre pelvien du côté opposé et de l'hyperesthésie du côté correspondant, on peut constater, après une seconde lésion consistant en une action transversale de la moitié latérale de la moelle épinière dorsale, du côté opposé à celui de la première lésion, que non seulement l'anesthésie disparaît au membre pelvien qui en était atteint, mais qu'elle est remplacée par de l'hyperesthésie. On trouve, en outre, que le membre pelvien qui était hyperesthésié perd sa sensibilité plus ou moins complètement. Il y a donc, sous l'influence de la seconde lésion, transfert des effets produits par la première, d'un côté à l'autre, l'anesthésie remplaçant l'hyperesthésie et celle-ci paraissant là où était l'anesthésie.

Dans des recherches postérieures à celles-là, j'ai trouvé la confirmation des résultats que je viens de rapporter, dans des circonstances qui en augmentent la valeur. On sait aujourd'hui, par des expériences dont j'ai vérifié l'exactitude et qui sont dues au D[r] Veyssière, élève distingué de notre regretté confrère Vulpian (*Thèse de Paris*, n° 379, 1874), qu'une certaine partie de la capsule interne ne peut être coupée sans qu'il y ait une anesthésie complète dans les membres du côté opposé à celui de la lésion. Notre éminent confrère, M. Charcot, dont le nom restera attaché à celui de la capsule interne, par l'importance, en clinique, des découvertes qu'il a faites à l'égard des manifestations morbides, que cette portion de l'encéphale peut fournir, a montré que, chez l'homme comme chez les animaux, une lésion localisée dans la partie postérieure de la capsule détermine constamment ou au moins plus souvent que des lésions d'autres

parties du grand centre nerveux intra-crânien, une anesthésie croisée, complète. Les médecins et les physiologistes tirent de ces faits expérimentaux et cliniques la conclusion que les conducteurs des impressions sensitives, venues des membres d'un côté, passent tous dans cette partie de la capsule interne du côté opposé. Or, voici ce que des expériences multipliées m'ont fait voir.

Après avoir fait, *à droite*, la section de la partie postérieure de la capsule interne, chez des chiens surtout, j'ai cherché si, avec de l'anesthésie des membres *gauches*, il y avait de l'hyperesthésie *à droite*. Cela n'a eu lieu que deux fois dans un grand nombre d'expériences. Voulant avoir, pour mes recherches sur le transfert, des animaux atteints d'anesthésie d'un côté et d'hyperesthésie de l'autre, j'ai fait, chez les individus ne montrant que de l'anesthésie, une seconde lésion, quelquefois à la base de l'encéphale, quelquefois à la moelle épinière cervicale, *à droite*, côté de la lésion capsulaire.

Dans la plupart de ces cas, il y a eu de l'hyperesthésie *à droite*, ainsi que je le désirais. Les choses étant dans cet état, l'anesthésie étant complète dans le membre pelvien *gauche* et une hyperesthésie plus ou moins vive existant dans le membre pelvien *droit*, j'ai fait la section transversale de la moitié latérale de la moelle épinière, au niveau de la neuvième ou de la dixième vertèbre dorsale, du côté *gauche*. Chez presque tous les animaux ainsi opérés, le transfert s'est produit : l'anesthésie a disparu *à gauche* et a été remplacée par de l'hyperesthésie à des degrés variables, mais quelquefois à un très haut degré, tandis que, *à droite*, l'hyperesthésie du membre pelvien a été remplacée par de l'anesthésie. Il est évident que, si la section de la capsule interne avait produit la perte complète de la sensibilité dans le membre pelvien *gauche*, comme on le croit, par la section des conducteurs des impressions sensitives venant de ce membre, il serait absolument impossible de faire revenir la sensibilité, et encore moins à un degré plus considérable qu'à l'état normal, par la dernière lésion pas plus que par une autre lésion quelconque. Ce fait est donc décisif contre les idées reçues à l'égard de la transmission des impressions sensitives. Je m'occuperai plus loin de l'explication à donner des résultats obtenus dans ces expériences.

II. *Transfert de la paralysie.* — Parmi les faits extrêmement nombreux que j'ai constatés, depuis près de dix ans, à cet égard, il en est peu que je n'aie publiés. Je me bornerai, conséquemment, à dire que, spécialement chez certains animaux (et surtout des chats de quinze jours à un mois et quelquefois chez les lapins, même adultes), j'ai trouvé qu'après une section d'un des pédoncules cérébraux, le *droit* par exemple, à sa partie supérieure, produisant la paralysie des membres du côté *gauche*, si je coupais la moitié latérale *droite*

du bulbe rachidien au-dessus de l'entre-croisement des pyramides antérieures, la paralysie des membres *gauches* disparaissait, à un degré plus ou moins marqué, et se montrait du côté des deux lésions, c'est-à-dire à *droite* (1). Il est évident que, si la première lésion avait produit la paralysie par suite d'une section, comme on le croit, de tous les conducteurs servant aux mouvements volontaires des membres *gauches*, la paralysie ne pourrait disparaître à aucun degré dans ces membres et encore moins sous l'influence de la seconde lésion qui devrait, au contraire, d'après les cliniciens, augmenter la diminution des mouvements volontaires à *gauche*. Je dirai plus loin comment les choses se passent dans ces expériences.

Une expérience pleine d'intérêt jette un jour nouveau sur la production de la paralysie dans les cas de lésion encéphalique. On sait que, chez les grenouilles, l'ablation des lobes cérébraux n'est pas suivie de la perte des mouvements volontaires. J'ai trouvé, cependant, que la section d'une moitié latérale du cerveau proprement dit, c'est-à-dire d'un lobe cérébral, le *droit* par exemple, détermine un degré plus ou moins notable de paralysie, quelquefois assez considérable, surtout au membre pelvien, du côté *gauche*. Cette hémiplégie s'accompagne d'une augmentation de puissance motrice *à droite* (au moins au membre pelvien). Il y a donc, sous l'influence de l'irritation causée par la section du lobe cérébral *droit*, un changement dynamique des deux côtés, consistant en une diminution de puissance motrice *à gauche*, et une augmentation *à droite*. L'animal étant dans cet état, je coupe la moitié *gauche* du cerveau, c'est-à-dire le lobe cérébral *gauche*, et je vois, le plus souvent, l'équilibre se rétablir, les mouvements volontaires redevenant normaux des deux côtés. En admettant, ce qui semble certain, que la seconde lésion a produit sur les deux côtés du corps des effets de même ordre que ceux de la première, il y a eu augmentation de puissance *à gauche* (côté correspondant à celui de la seconde lésion), là où de la dynamogénie s'était montrée. Il y a donc transfert d'états dynamiques différents d'un côté à l'autre.

Cette expérience montre que la paralysie, chez la grenouille, peut être causée par une lésion qui, certes, ne la produit pas par une destruction de conducteurs servant aux mouvements volontaires et que cette perte de mouvements volontaires peut disparaître sous l'influence d'une autre lésion.

(1) Il importe de faire remarquer, contrairement à ce qu'enseignent les cliniciens, que la plupart des physiologistes qui ont fait la section transversale du bulbe rachidien d'un côté ont constaté que la paralysie se montre alors surtout, sinon uniquement, du côté même de la lésion.

III. *Transfert d'états hypothermiques et hyperthermiques d'un côté à l'autre.* — Je ne dirai que quelques mots à ce sujet, qui réclamerait plus de développements que je ne puis en donner ici (1). J'ai trouvé que deux états tout à fait opposés l'un à l'autre peuvent être produits par des lésions de la moelle épinière à la région cervicale : l'un démontrant que les échanges entre le sang et les tissus peuvent, sous l'influence du système nerveux, s'augmenter considérablement ; l'autre, que, sous une influence différente du même système, ces échanges peuvent diminuer ou même cesser absolument.

J'ai trouvé, en outre, que même des lésions unilatérales de la moelle cervicale peuvent déterminer ces deux effets opposés. A l'égard du transfert, voici ce que j'ai constaté. Si, après avoir coupé la moitié *droite* de la moelle cervicale, je constate que, par suite de l'activité des échanges nutritifs, il y a une élévation générale de température, je trouve qu'après une section d'une moitié latérale de la moelle épinière cervicale, *à droite* par exemple, il y a hyperthermie dans le membre pelvien *droit* et hypothermie dans le *gauche*. Cela constaté, je fais la section de la moitié latérale *gauche* de la moelle (niveau de la sixième vertèbre dorsale), et le transfert d'états thermiques s'opère : le membre pelvien le plus chaud, le *droit*, devient le moins chaud et l'autre, le *gauche*, qui était le moins chaud, s'échauffe et acquiert une hyperthermie évidente. Ces faits sont décisifs pour démontrer que ce n'est pas la section de conducteurs nerveux venant d'un côté de l'encéphale qui avait agi pour déterminer de l'hyperthermie, puisque ces prétendus conducteurs resteraient coupés comme ils l'étaient lorsqu'on vient à faire la seconde section qui fait disparaître cet état calorifique et le remplace par de l'hypothermie.

IV. Quelle est la signification de ces différents faits, à l'égard des doctrines reçues et de celles que je propose? Sans discuter à fond ces questions aujourd'hui, je puis dire que la supposition qu'on enseigne partout comme démontrée depuis si longtemps, à savoir que le lobe cérébral *droit* est le centre de nombre des actions du côté *gauche* du corps (et *vice versa* pour l'autre côté du cerveau), ne peut plus être soutenue quant aux pertes de mouvement et de sensibilité et aussi aux actions vaso-motrices. La même chose peut être dite quant à la transmission par la moelle épinière.

J'ai osé soutenir que toutes les pertes de fonction de l'encéphale, dans les cas de lésion limitée à des parties des deux côtés ou occu-

(1) Voyez à cet égard quelques-uns des faits que j'ai publiés, sans en tirer les conclusions que je rapporte dans le texte. (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, p. 247, 1885.)

pant une fraction considérable ou même la totalité d'une moitié de ce centre intra-crânien, ne sont pas dues à la destruction de parties servant à ces fonction, mais à une influence inhibitoire s'exerçant sur d'autres portions des centres nerveux (encéphale ou moelle épinière).

Si le lobe cérébral *droit* contenait le seul centre servant aux mouvements volontaires et aux perceptions sensitives, pour le côté *gauche* du corps l'action volontaire et la sensibilité seraient définitivement perdues dans les membres *gauches* après la section de la capsule interne ou du pédoncule cérébral, et une nouvelle lésion ne pourrait certainement pas faire réapparaître les mouvements et la sensibilité. Il est clair, conséquemment, que le lobe cérébral *gauche* peut servir aux mouvements volontaires des membres *gauches*, ainsi qu'aux perceptions sensitives venant de ces membres. Chaque lobe cérébral peut donc servir aux fonctions motrices et sensitives pour les deux moitiés du corps.

Le même raisonnement conduit à une conclusion similaire pour la base de l'encéphale à l'égard des actions vaso-motrices.

Quant à la moelle épinière, je me bornerai à dire que les faits relatifs à l'anesthésie et à l'hyperesthésie que j'ai rapportés, de même que ceux concernant les actions vaso-motrices, démontrent que chacune de ses moitiés peut servir à la transmission des impressions sensitives et aux actions vasculaires pour les deux côtés du corps.

V. On n'obtient pas toujours dans toute leur intensité les phénomènes de transfert étudiés dans ce travail. Encore moins obtient-on le transfert d'une perte de fonction ou d'activité ayant eu lieu, non du côté opposé à la lésion organique première, mais du côté correspondant. Dans ce dernier cas, une seconde lésion ne change rien en général à l'effet dû à la première, et ne produit rien que le même effet du côté de cette seconde irritation. En voici un exemple important, puisqu'il montre bien qu'une lésion encéphalique, en faisant disparaître une activité, peut produire cet effet, non parce que la partie lésée a perdu sa fonction, mais parce qu'une action, au contraire, est engendrée, action consistant en une irritation des éléments nerveux voisins, se transmettant de là à distance et arrêtant, suspendant, inhibant l'activité qui disparaît. Dans le cas dont je vais parler, c'est la moelle épinière dont l'activité est inhibée. J'ai trouvé que, sur des chats nouveau-nés, des mouvements très actifs, mais désordonnés, des quatre membres ont lieu presque constamment pendant la veille (1). Ces mouvements pseudo-volontaires dépendent

(1) Ces mouvements ont aussi lieu pendant le sommeil, mais ils sont alors bien

de la moelle épinière, car si je coupe le cou ils continuent, bien qu'un peu affaiblis. Si sur des individus n'ayant pas été décapités je sectionne transversalement la protubérance annulaire, *à droite*, je vois disparaître immédiatement les mouvements des membres *droits*, et si alors je coupe la moitié *gauche* de ce centre nerveux, tout aussitôt les mouvements cessent dans les membres *gauches*. Il y a donc successivement inhibition de l'activité spéciale de la moelle épinière d'un côté, puis de l'autre.

Dans les faits de transfert que j'ai rapportés, l'inhibition était croisée, ici elle est directe, mais le mécanisme reste celui de toutes les inhibitions, c'est-à-dire qu'il y a annihilation d'une *énergie* par une autre *énergie*.

Conclusions : L'anesthésie, la paralysie et l'hyperthermie, causées par une lésion organique des centres nerveux, peuvent être transférées d'un côté à l'autre du corps sous l'influence d'une seconde lésion de ces centres, d'où il suit que ces manifestations ne sont pas nécessairement des effets de la destruction de certains éléments nerveux possédant certaines fonctions et peuvent être les résultats de pures actions dynamiques exercées à distance par l'irritation que cause la lésion ; 2° une moitié de l'encéphale peut servir à la sensibilité, aux mouvements volontaires et aux actions vaso-motrices pour les deux moitiés du corps. Il en est de même pour une moitié latérale de la moelle épinière, au moins en ce qui concerne la sensibilité et les actions vaso-motrices.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *à frigore*, par le Dr *E. Neumann* (*Archives de Neurologie*, juillet 1887). — Lorsque, chez un individu atteint de paralysie faciale, l'hémiplégie ne peut être rattachée à une lésion organique, on s'empresse d'accuser le froid et d'imputer la maladie à un refroidissement. Telle n'est pas l'opinion de l'auteur ; se basant sur de nombreux faits cliniques, M. Neumann pense que ni le refroidissement, ni l'ébranlement nerveux ne peuvent suffire à eux seuls

---

plus faibles et bien moins rapides. Il est probable que ce sont des mouvements réflexes et que l'inhibition dont je parle ci-dessus est une inhibition de la faculté réflexe. Cependant cette faculté ne se perd pas entièrement puisque les irritations mécaniques, chimiques et galvaniques des pattes causent encore quelques mouvements réflexes. L'excitabilité de la moelle épinière aux irritations galvaniques est alors aussi diminuée.

pour déterminer chez le premier venu une paralysie de la face. Ce ne sont là que des facteurs accessoires qui jouent le rôle d'agents provocateurs et dont l'efficacité serait nulle sans doute s'ils ne trouvaient pas un terrain préparé d'avance. La part prépondérante dans l'étiologie de la paralysie de la septième paire doit revenir à la prédisposition nerveuse héréditaire. C'est elle qu'il faut incriminer et, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de paralysie faciale survenue en dehors de toute lésion organique, on doit l'examiner avec le plus grand soin au point de vue de ses antécédents de famille, au point de vue de ses antécédents personnels et toujours une enquête minutieuse fera découvrir la tare nerveuse héréditaire sans laquelle toutes les causes occasionnelles eussent été absolument impuissantes pour provoquer une hémiplégie de la face.

Affection essentiellement nerveuse, la paralysie faciale rhumatismale doit donc être définivement rayée du cadre des maladies *a frigore*, pour être rattachée aux autres maladies du système nerveux et prendre dans la grande famille neuro-pathologique la place qui lui appartient de par son origine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. Lannelongue.

Plaies pénétrantes du crane par balle. Rapport. — M. *Chauvel* lit l'observation d'un malade soigné par M. Prengrueber, qui avait reçu une balle dans le temporal. Accidents de compression immédiats. Ablation d'esquilles. La balle reste dans le crâne. Le malade est mort quatre mois après.

M. *Berger* fait un rapport sur une observation de M. Geschwind, qui a observé une femme qui avait eu une encéphalite mortelle quatre ans après avoir reçu une balle de revolver dans la tête.

Effets de la mélinite sur l'homme, par M. *Tachard*. Rapport. — M. *Chauvel*. M. Tachard a eu l'occasion d'observer des effets de la mélinite à l'occasion d'une explosion. Il range les victimes en quatre catégories :

Dans la première catégorie les corps ont été réduits en miettes;

Dans la deuxième catégorie il y avait des fractures multiples; les blessés moururent quatre heures après ;

Dans la troisième catégorie la méningo-encéphalite et l'érysipèle emportèrent les malades;

Dans une quatrième classe il y eut survie. Aucun des survivants

ne présenta de troubles imputables à des gaz délétères. Les blessures sont remarquables par la petitesse des plaies, leur profondeur et leur gravité. Les plaies osseuses sont localisées, sans félures ni irradiations.

Orchite paludéenne, par M. *Charvot*. — M. *Chauvel*. M. Charvot envoie des observations d'orchite paludéenne caractérisée par un gonflement notable du testicule, l'œdème du scrotum, des douleurs très vives du côté du cordon et une fièvre intense le tout cédant au sulfate de quinine. Dans la convalescence on observe que le testicule devient mou et s'atrophie, en même temps que l'épididyme reste indemne et même plus gros. Il est des cas où l'orchite revêt le caractère intermittent.

Dans le cas où il n'y a pas d'écoulement uréthral, le diagnostic devient facile : il l'est moins quand il y a écoulement.

On conseille le sulfate de quinine à haute dose.

Rupture de l'urèthre; rapprochement avec suture des deux bouts de l'urèthre, par M. *Loquin* (de Dijon). — M. *Championnière*. J'ai déjà présenté un cas de rupture de l'urèthre, où j'ai fait la suture du périnée sans suturer l'urèthre, avec succès.

M. Loquin a fait dans deux cas la suture de l'urèthre : il a échoué et n'a réussi que secondairement. Aussi aurait-il dû intituler son travail : Rupture de l'urèthre, suture, échec, excision du rétrécissement, suture et guérison.

Obs. I. — Chute à califourchon ; rupture de l'urèthre, ouverture, suture des deux bouts de l'urèthre, échec, puis résection du rétrécissement, suture du périnée. Réunion après fistule qui a persisté un peu de temps : il s'agit d'un enfant.

Obs. II. — Il s'agit d'une chute à califourchon ; on a fait la suture : échec comme dans le premier cas, il reste une fistule ; on fait la résection du trajet fistuleux et du rétrécissement ; réunion.

Ces deux observations prouvent que la suture de l'urèthre est une chose accessoire ainsi que je l'ai démontré ; le meilleur moyen est de faire la suture du périnée et d'empêcher la suppuration ; on a alors un canal qui est perméable sans qu'on ait à craindre un retour du rétrécissement.

Adénome du rectum, par M. *Hamon du Fougeray* (du Mans). Rapport. — M. *Championnière*. L'observation a trait à un adénome du rectum récidivant et suivi de mort.

Il s'agit d'un homme de 26 ans. Début vers l'âge de 2 ans. A 12 ans on avait constaté l'adénome ; à 26 ans la tumeur avait un volume énorme et l'aspect d'un placenta à terme ; elle était pédiculée.

L'excision a été faite par une quadruple ligature ; guérison.

Les coupes histologiques sont semblables à celles des tumeurs pré-

sentées par M. Pozzi, en 1884, ici ; on pensait qu'il n'y aurait pas de récidive, mais quelque temps après on constatait une récidive et ce malade succombait à la cachexie après six semaines.

LECTURES. — M. *Bousquet* lit une observation d'arthrotomie pour phlegmon sous-périostique et arthrite suppurée, à la suite d'une plaie pénétrante de l'articulation du genou.

M. *Bousquet* lit une observation d'épithéliome développé sur une cicatrice à la main droite.

M. *Pengrueber* lit une observation de mort à la suite du chloroforme.

M. *Richelot* présente une érigne dont l'extrémité est mousse et de laquelle on peut faire saillir des griffes aiguës. On peut l'introduire dans la cavité utérine et saisir ainsi l'utérus pour l'abaisser.

Il présente en outre un autre instrument imaginé par M. Quénu, qui consiste dans un crochet mousse destiné à attirer l'utérus vers la vulve en le saisissant par le fond.

M. *Pozzi* préfère à ces instruments des pinces de Museux qui ne s'entrecroisent pas.

M. *Polaillon* dit qu'il suffit d'avoir un crochet étroit pour attirer le ligament large, il n'est pas besoin du crochet de M. Quénu.

M. *Terrier* dit que tous ces instruments peuvent être utiles, dans tel ou tel cas déterminé.

M. *Richelot* répond que, quand le col se déchire et qu'on ne peut plus le saisir, une érigne introduite dans l'utérus peut être utile.

M. *Kirmisson* présente un appareil à ressort, avec pelote évasée, pour recevoir les matières fécales dans le cas d'anus contre nature.

P. BAZY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

—

Le tribunal civil de la Seine vient de prendre une décision favorable au corps médical. Il a décidé que les enfants devant de par la loi *les aliments* à leurs parents, ils doivent de ce fait payer les honoraires du médecin qui a soigné ces mêmes parents.

Voici en quoi consiste la décision prise :

« La dette alimentaire spécifiée par l'art. 205 C. civ. ne comprend « pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, « les vêtements, et nécessairement les soins à donner et les dépenses « à faire en cas de maladie.

« En conséquence, le médecin a une action contre le débiteur de « la dette alimentaire, pour soins donnés au créancier, alors surtout

« que le débiteur a assisté aux visites sans formuler d'objection et « sans prévenir qu'il se refuserait à payer la dépense. »

Attendu que la dame R... prétend que si le Dr Peyrot a soigné sa mère, la veuve C..., il est venu sans qu'elle l'ait demandé et qu'elle n'a, en aucune façon, contracté envers lui une obligation de lui payer ses visites ;

Que la seule personne qui soit sa débitrice, c'est la veuve C..., et que, d'ailleurs, c'est à elle seule que jusqu'au jour de la présente instance, le Dr Peyrot s'était adressé ;

Mais attendu que la dame R... a reconnu que la veuve C..., s'étant cassé le col du fémur en novembre 1881 à la suite d'un accident de voiture, fut soignée d'abord par le Dr Lorey, le médecin de la famille, puis par le chirurgien Peyrot que le Dr Lorey avait fait venir pour l'assister, à raison de la gravité de la fracture, du grand âge de la malade et de la compétence particulière du chirurgien ;

Attendu que la dame R... a également reconnu que sa mère, la veuve C..., n'avait pas de ressources, que c'était elle qui, d'habitude, la logeait, la nourrissait, que c'était elle et ses enfants qui subvenaient à son entretien, la défrayaient de tout, et même lui servaient une petite rente de 400 francs pour ses menues dépenses ;

Attendu qu'en présence de cette reconnaissance formelle de l'obligation alimentaire, qu'elle avait assumée au regard de sa mère et que la loi, d'ailleurs, lui imposait, la demande du Dr Peyrot est bien fondée ;

Qu'en effet, la dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie ; que la dame R..., ne donnant rien à sa mère en dehors d'un peu d'argent de poche pour faire face à ses besoins, est donc tenue envers le médecin qui la soigne, comme elle le serait par exemple envers le fournisseur d'aliments ;

Que, dans ces divers cas, les dépenses ont le même caractère d'urgence, et s'imposent à la conscience des enfants ;

Attendu que la seule question à examiner par le tribunal est celle de savoir si la somme réclamée par le Dr Peyrot n'est pas exagérée et est en rapport avec la situation de fortune de la dame R... ; qu'il suffit, à cet égard, de considérer, d'une part, que la malade, âgée de près de 75 ans alors, a été complètement guérie d'une fracture du col du fémur, grâce à l'habileté bien connue du chirurgien;

Attendu que la présente solution s'impose d'autant plus que la dame R... a laissé le Dr Lorey, son médecin habituel, faire venir le

Dr Peyrot, sans formuler aucune objection, sans le prévenir qu'elle se refuserait à payer la dépense;

Qu'en outre, elle a assisté aux visites du Dr Peyrot, sans avertir davantage ce dernier qu'il prodiguait ces soins à une personne hors d'état de le payer;

Qu'à moins donc de supposer chez cette dame le calcul peu honorable dans sa situation de fortune de tromper les médecins, et d'abuser de leur science pour faire soigner sa mère sans avoir rien à débourser, on doit considérer qu'elle prenait alors envers eux l'engagement de les rémunérer;

Par ces motifs :

Condamne la dame R... à payer au Dr Peyrot la somme de 1,000 francs pour les causes sus-énoncées.

NOUVELLES

HÔPITAL DEBROUSSE. — L'Assistance publique a fait choix, pour y installer l'hôpital Debrousse, d'une propriété particulière d'une étendue de douze mille metres dont huit mille mètres en parc, sise rue de Bagnolet. On sait que cet hôpital, destiné aux enfants malades, sera construit avec les deux millions légués à l'Assistance publique par Mme la baronne Alquier.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 16 *au* 22 *octobre* 1887. — Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 31. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 35.

Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 54. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 17. — Maladies organiques du cœur, 60.

Bronchite aiguë et chronique, 64. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 60 · Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 60.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 895. — Résultat de la semaine précédente : 847.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeu
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 128 Mardi 1er Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 31 *octobre* 1887.

L'Académie de médecine a tenu samedi une séance extraordinaire, en remplacement de celle qu'elle ne pourra tenir mardi prochain. Le public était peu nombreux, et il y avait bien des places vides sur les fauteuils des académiciens. Cependant, la séance a été assez bien remplie.

Un médecin étranger, M. Héring, a lu un travail sur le traitement chirurgical de la phthisie laryngée. Il fait le curage et le grattage des ulcérations, puis emploie comme antiseptique local, soit une solution d'acide lactique à 10 ou 20 0/0, soit une émulsion d'iodoforme.

M. Lavaux, interne à l'hôpital de la Pitié, pratique l'antisepsie de l'urèthre et de la vessie au moyen de lavages continus de l'urèthre antérieur et d'injections vésicales chaudes faites sans sonde. Non seulement il éviterait ainsi les complications dues à la dilatation rapide de l'urèthre, mais encore on pourrait abandonner à peu près la dilatation temporaire lente et l'uréthrotomie interne.

M. le Dr Onimus a présenté un petit appareil, sorte de lampe à alcool dans laquelle la mèche est remplacée par une sorte de bâton de mousse de platine qui, allumé, oxyde à son contact les substances don on veut favoriser la dissémination dans l'atmosphère.

M. Féréol a lu le rapport officiel sur l'exercice des eaux minérales pendant l'année 1885, et M. Siredey a lu le rapport sur l'unique mémoire envoyé pour le concours du prix Daudet.

A. Ch.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

—

Sur la durée variable de l'évolution de la tuberculose,

Par le Dr G. Daremberg (1).

Les cultures pures de bacilles tuberculeux, faites par le procédé de MM. Nocard et Roux, maintenues à 38° et inoculées par trépanation à des lapins, les tuent en 21 à 30 jours, avec les symptômes ordinaires de la méningite tuberculeuse humaine (hémiplégie, perte de la vue et de l'ouïe, cris aigus). Les méninges épaissies sont infiltrées de pus rempli de bacilles. On trouve aussi des bacilles dans le foie, sans lésion microscopique. Les cobayes ainsi inoculés par trépanation meurent aussi en 20 à 30 jours avec des bacilles dans le foie et la rate, mais presque toujours sans lésions microscopiques.

Ces mêmes cultures inoculées à travers le crâne à une poule et à un pigeon les ont fait mourir en 6 et 7 mois avec les lésions de la méningite tuberculeuse.

. Une culture pure de bacilles tuberculeux, maintenue à 15° après son complet développement, inoculée par trépanation à un lapin très vigoureux, a produit chez cet animal un abcès froid du sommet du crâne. Il est apparu 10 mois après l'inoculation. L'animal a vécu en parfaite santé avec cet abcès froid pendant 4 mois et demi, et nous l'avons sacrifié le 14 octobre 1887. Le pus et les parois de cet abcès, gros comme un œuf de pigeon, contenaient des bacilles. Les autres organes ne contenaient pas de bacilles. Le pus de cet animal pris pendant la vie et inoculé à des animaux a produit la mort par tuberculose des cobayes et des lapins de 2 à 3 mois en 25 à 30 jours. Les gros lapins inoculés avec ce pus depuis 4 mois ne présentent encore aucun symptôme morbide. Ce fait semble confirmer les expériences de M. Arloing qui a vu la scrofule donner la tuberculose aux cobayes et non aux lapins adultes.

Les moelles d'animaux morts tuberculeux contiennent quelques rares bacilles. Nous avons vu une moelle séchée depuis 12 jours au-dessus du chlorure de calcium faire périr un cobaye en 140 jours avec une tuberculose de la rate, du foie, de l'épiploon. Une moelle séchée depuis 19 jours a fait périr un cobaye en 200 jours avec une tuberculose pulmonaire.

Ces faits démontrent que la durée de l'évolution de la tuberculose dépend de l'espèce et de l'âge de l'animal, et aussi du degré de vitalité et de la quantité de virus tuberculeux (2).

(1) Communacion à l'Académie des sciences.

) Ce travail a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Grancher.

Recherches sur l'origine bovine de la scarlatine. Contagion de la vache à l'enfant,

par M. Picheney (1).

Des médecins anglais ont été amenés, dans ces dernières années, à cette conclusion inattendue, que la scarlatine avait souvent, sinon toujours, pour première origine le lait de vache, quand l'animal est atteint d'une maladie encore mal définie, dont un des symptômes est souvent l'existence, sur le pis et les mamelles de la vache, d'ulcérations commençant par de petites papules qui s'agrandissent, s'ulcèrent et s'accompagnent d'une tuméfaction entourée d'une zone d'induration. Une fois produites, ces papules se recouvrent d'une croûte qui se dessèche, s'exfolie et ne laisse pas de trace apparente. Les animaux maigrissent, leur respiration est oppressée et, si on les fait abattre, on trouve leurs poumons, leurs reins et leur foie fortement congestionnés.

Le Dr Klein pense que le lait ne renferme pas de micro-organismes, mais que ce liquide s'infecte d'un parasite microbe au moment où l'on trait la vache dont le pis est ulcéré. Les ulcères et les autres désordres que nous venons de citer seraient dus à ce microbe dont le lait, après la traite, serait un excellent milieu de culture. Ce microbe donnerait la scarlatine à l'homme par l'intermédiaire du lait ainsi contaminé au moment de la traite.

L'enfant d'un capitaine du régiment d'infanterie de la garnison de Besançon fut atteint d'une scarlatine grave. M. Picheney, ami du capitaine, et qui avait été très frappé de la lecture des travaux anglais dont nous venons de parler, fit une enquête rigoureuse sur l'origine du lait que cet enfant consommait chaque jour avant sa maladie. Le lait bu par cet enfant subissait toujours l'ébullition; mais il y eut à cet usage une exception, un certain dimanche où l'enfant avait été conduit par son père dans une ferme, à quelques kilomètres de la ville. Ce jour-là, l'enfant avait bu, à plusieurs reprises, un verre de lait chaud sortant du pis de la vache de la ferme. L'enquête faite par M. Picheney apprit, en outre, que cette vache sortait de maladie, maladie qui avait été caractérisée par une hématurie, toutefois sans ulcération des mamelles de la vache.

Dès le lendemain du dimanche où l'enfant avait bu le lait cru, il se trouva indisposé, pris de frissons, présentant tous les signes prodromiques d'une fièvre de nature éruptive. Le jour suivant, le médecin du régiment, M. Ollivier, constatait les débuts d'une scarlatine non équivoque.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Dans la famille du fermier se trouvaient quatre enfants. Deux d'entre eux, une petite fille et un petit garçon, buvaient chaque jour deux ou trois verres de lait de la vache au moment de la traite. Les deux autres n'en prenaient pas. Or, les deux premiers furent atteints d'une scarlatine bénigne; les deux autres ne furent pas malades. M. Picheney, dont le travail renferme, en outre, des détails sur la maladie des vaches qui peuvent provoquer la scarlatine, n'hésite pas à penser que les enfants dont nous venons de parler ont eu une scarlatine d'origine bovine, et il se range tout à fait à l'opinion qui a été soutenue, depuis une année ou deux, par des médecins et des vétérinaires de la Grande-Bretagne.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la diphthérie. — M. J. *Simon*. Il faut absolument proscrire l'emploi des vésicatoires, dont la surface se couvre de fausses membranes; des émissions sanguines et des mercuriaux, qui affaiblissent les malades; de l'opium, qui amène rapidement un état de dépression; enfin il faut éviter l'abus du chlorate de potasse à haute dose.

Voici le traitement employé par M. J. Simon contre l'*angine diphthérique* :

1° *Localement*. — *A*. Badigeonnage avec le jus de citron, le vinaigre simple ou aromatique, ou même le vin rouge pur; quand les fausses membranes sont très épaisses, on se sert d'un mélange à parties égales de perchlorure de fer et de glycérine, appliqué 3 ou 4 fois par jour. Dans l'intervalle on badigeonnera toujours, soit avec les collutoires ordinaires, soit avec la mixture suivante, préconisée par M. J. Simon ;

Acide salicylique..................	0,50 centig.
Décocté d'eucalyptus...............	60 gram.
Glycérine..........................	30 gram.
Alcool.............................	12 gram.

On imbibe de cette mixture un petit pinceau de charpie assez court pour que l'on puisse *frotter* la muqueuse et la bien débarrasser des pseudo-membranes, en ayant soin de ne pas faire saigner. On pratiquera la manœuvre toutes les heures pendant le jour et toutes les deux heures pendant la nuit, en changeant la charpie chaque fois.

B. Si le malade est assez âgé, il se gargarisera toutes les 2 heures avec un des liquides suivants : acide borique, 4/100 ; borax, 4/200;

eau de chaux médicinale; eau vinaigrée; chlorate de potasse, 8/200.

C. Si le malade est trop jeune pour se gargariser, on fera des irrigations toutes les heures avec un litre d'eau de chaux coupé d'une des solutions précédentes, et toujours tiède.

Sur le cou, pommade à l'iodure de potassium, ou bien à la belladone ou à la jusquiame, maintenue par une cravate ouatée.

2° *A l'intérieur*. — Perchlorure de fer, à la dose de 3 à 6 gouttes et un peu d'eau, toutes les 2 ou 3 heures, au moment de l'ingestion d'un aliment liquide. Eviter son mélange incompatible avec le lait, l'eau de gomme et le métal des cuillers.

Si le petit malade a dépassé 5 ou 6 ans, M. J. Simon lui donne soit l'extrait oléo-résineux de cubède à la dose de 4 à 6 gr. dans une potion aromatisée, soit la préparation suivante donnée par bols :

Cubède	30 gr.
Copahu	60 gr.
Sous-carbonate de fer	4 gr.

Sous-nitrate de bismuth q. s. pour solidifier.

En outre, *régime tonique;* alcool sous toutes ses formes (eau-de-vie, malaga, champagne, porto, vin d'Espagne, etc.), extrait de quinquina de Colombo.

La chambre de l'enfant doit être maintenue à 15° ou 16°; elle doit être constamment aérée par une porte et non directement par la fenêtre; on fera des pulvérisations de thymol ou d'eau-de-vie.

Quand le croup est déclaré. — Dès l'apparition des premiers signes (raucité de la voix et de la toux, respiration sifflante), faire vomir le malade. Donner l'ipéca, et renouveler son administration 2 ou 3 fois, s'il y a lieu.

Dès que l'oppression et le tirage se sont établis, pratiquer la trachéotomie. (*Prog. médic.*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE manuscrite comprend : 1° un mémoire de M. le Dr Longbois, de Joigny, intitulé : nouvelles considérations sur les conditions typhogènes de la ville de Joigny; 2° un mémoire manuscrit de M. le Dr A. George, médecin en chef de l'hospice de Cernay (Haute-Alsace), sur le traitement de la congestion hépatique par le benzoate de soude.

M. *le président* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie

se réunira en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laborde sur les candidats dans la section d'anatomie et de physiologie et la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant (1re division).

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE LARYNGÉE. — M. le Dr *Héring* propose un mode de traitement qui comprend deux parties : 1° supprimer l'infiltration tuberculeuse et ses conséquences en enlevant tout ce qui est pathologique et dégénéré ; 2° fortifier l'organisme en évitant toutes les causes nocives.

L'auteur réalise la première condition au moyen de l'acide lactique, qui excite la cicatrisation des ulcères. Il fait des injections sous-muqueuses d'acide lactique à 10 ou 20 0/0, d'une émulsion aseptique d'iodoforme, et le grattage, après avoir fait des injections sous-muqueuses de cocaïne. Après le grattage, on maintient aseptiques les plaies à l'aide de badigeonnages avec l'émulsion d'iodoforme. L'auteur se sert pour le grattage d'une curette articulée et pouvant au moyen d'une vis prendre toutes les directions. Il n'a jamais constaté d'hémorrhagie notable.

NOTE SUR UN MODE D'ANTISEPSIE DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE. SON APPLICATION AU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS URÉTHRAUX. — M. *Lavaux*, interne à l'hôpital de la Pitié, lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections intravésicales sans sonde constituent un moyen simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie ;

2° Ce moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements uréthraux ;

3° Grâce à cette antisepsie complète et à l'action antiphlogistique des injections vésicales chaudes faites sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont maintenant très rares ;

4° Dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée en général à la dilatation temporaire lente qui n'a plus guère sa raison d'être ;

5° Les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urèthre dilaté ;

6° Les indications de l'uréthrotomie interne deviennent extrêmement restreintes ;

7° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections vésicales sans sonde, en permettant de faire une antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie, doivent rendre la révulsion et l'uréthrotomie interne beaucoup moins graves. (Commission : MM. Guyon, Le Fort Trélat.)

Eaux minérales. — M. *Férèol* lit le rapport officiel sur l'exercice des eaux minérales pendant l'année 1885.

Prix Daudet. — M. *Siredey* lit le rapport sur le concours du prix Daudet. Les conclusions de ces deux rapports vont être lues en comité secret.

Oxydation médicamenteuse par la mousse de platine comme moyen thérapeutique. — M. le Dr *Onimus* présente un appareil permettant de répandre facilement dans l'atmosphère d'une chambre de malade des particules de diverses substances thérapeutiques.

A 4 heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Leroy de Méricourt sur le prix Barbier et la lecture du rapport de M. Charpentier sur le prix Capuron.

Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne.

Le Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne s'est ouvert le lundi 26 septembre sous la présidence de l'archiduc Rodolphe, le prince héritier. Les ministres, le maire de Vienne, les ambassadeurs et de nombreux dignitaires civils, militaires ou ecclésiastiques occupaient l'estrade d'honneur.

Le professeur *Ludwig*, de Vienne, président du Congrès, a souhaité la bienvenue aux hygiénistes réunis et a fait observer dans son discours que jamais Congrès d'hygiène n'avait vu tant de représentants des gouvernements et des corps constitués, ce qui prouve l'importance que prennent toutes les questions d'hygiène.

L'archiduc *Rodolphe* s'est honoré d'avoir été proclamé le protecteur du sixième Congrès et il a remercié l'assemblée, puis il a déclaré ouvert le Congrès.

M. le professeur *Köhler*, directeur des bureaux de santé de Berlin a fait une courte allocution sur l'hygiène en général.

M. le professeur *Brouardel* a prononcé ensuite sur le mode de propagation de la fièvre typhoïde un très remarquable discours que sa longueur nous empêche malheureusement de reproduire, mais qui a valu à notre doyen une véritable ovation.

Le professeur *Pettenkoffer* (de Munich) a obtenu de même un très grand succès dans une spirituelle causerie sur l'hygiène en général. Pour montrer les progrès de l'hygiène, il a comparé la proportion des blessés et des malades en temps de guerre à deux périodes séparées par un intervalle de quinze ans.

En Crimée, l'armée française perdit 95,240 hommes sur 309,000,

c'est-à-dire près d'un tiers. Sur ces 95,240 morts, il y avait 20,000 tués à l'ennemi et 75,000 enlevés par la maladie. Les Anglais ont eu à peu près la même mortalité. Quinze ans après la guerre de Crimée, la guerre franco-allemande vint à éclater et on put constater les beaux résultats que donnait l'hygiène.

D'après les statistiques allemandes, les pertes de l'Allemagne ont été de 40,881 hommes : 28,282 ont été tués sur le champ de bataille, 346 accidentellement, et 12,282 enlevés par des maladies. La perte par les blessures comparée avec celle due à la maladie était de 100 : 375 en Crimée, tandis que dans la guerre franco-allemande la proportion était de 100 : 48.

Les séances de section ont commencé le mardi 27 septembre.

Dans la première section, MM. *Kœning* (de Munich) et *Frankland* (de New-Regate) ont présenté un rapport *sur l'état actuel de l'épuration des eaux d'égout* et de l'*emploi des déjections humaines*, surtout par rapport à la pureté des rivières.

M. *A. Durand-Claye* a présenté un rapport sur cette question : *Quelle expérience a-t-on fait jusqu'à présent des systèmes Waring et Shone pour l'évacuation des eaux d'égout ?*

M. le professeur *Gartner* (de Iéna) a présenté des conclusions relatives à un critérium propre à faire juger de la nature *hygiénique de l'eau* potable et de l'eau de bassin.

Dans la deuxième section M. le Dr *Wasserfuhr*, médecin en chef de la milice de Berlin, indique les *conditions de surveillance médicale des écoles*, surtout en vue d'empêcher l'extension des maladies infectieuses et de la myopie.

M. le Dr *Napias*, de Paris, fait un long et intéressant rapport sur le bâtiment scolaire, le mobilier, l'hygiène de la vue, la durée des classes, le surmenage, les maladies contagieuses à l'école et l'inspection médicale. L'orateur insiste en terminant sur la nécessité d'observer des mesures d'hygiène à l'école et au domicile des parents.

Le Dr *Van Podor* demande que l'hygiène soit enseignée dans les écoles. M. le professeur *Layet*, de Bordeaux, indique l'état de l'enseignement de l'hygiène en France.

Dans la *troisième section*, M. Hueppe (de Wiesbaden) était chargé d'étudier les *rapport de l'eau potable avec l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses et les conséquences à en tirer par rapport à l'hygiène.*

Dans la quatrième section, le professeur G. *Kratter* (de Gratz) a lu un travail intitulé : quelle est la tâche à remplir en vue de l'examen scientifique des causes du *crétinisme* et quels sont les moyens qui peuvent être proposés pour le combattre.

M. Th. Hanser a rapporté des expériences sur l'étiologie et la prophylaxie des épidémies cholériques survenues en Europe dans les trois ou quatre dernières années.

Parmi les communications qui ont le plus intéressé le Congrès se trouve surtout le remarquable rapport lu par *M. Chamberland* sur les inoculations pratiquées contre les maladies infectieuses, rapport divisé en deux parties : vaccination charbonneuse et vaccination antirabique. Malgré l'opposition d'un certain nombre des membres du Congrès, la discussion de ce rapport a été l'occasion d'un triomphe pour les doctrines pastoriennes en ce qui concerne du moins la théorie pure et les applications chez les animaux.

M. Proust de même a fait triompher les idées françaises, en exposant l'histoire des épidémies cholériques qui ont sévi en Europe pendant ces dernières années.

Nous signalerons avec beaucoup de plaisir le légitime succès remporté par *M. Treille*, médecin principal de la marine, lorsqu'il a exposé les conditions de l'*acclimatation des Européens dans les pays chauds*.

Le Congrès a décidé que ce remarquable rapport serait traduit en différentes langues.

(*A suivre*).

NÉCROLOGIE

Le Dr SALLAND, de Gémozac (Charente-Inférieure), tué dans un accident de chemin de fer.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

TRAVAUX PRATIQUES

Anatomie. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours de midi à 4 heures (15, rue de l'École-de-Médecine).

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques. zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série), mardi et vendredi (2e série), de 9 heures à 11 heures (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Chimie médicale. — M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. — Manipu-

lations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (École pratique, rue Vauquelin).

Physique médicale. — M. Guébhard, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures (École pratique, rue Vauquelin).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations — Tous les jours à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Histologie. — M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 3 heures (École pratique, rue de l'École-de-Médecine).

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES

PREMIÈRE ANNÉE. — Chimie médicale.—Physique médicale. — Histoire naturelle médcale.

Travaux pratiques obligatoires (Doctorat et Officiat). — Chimie. — Physique. — Histoire naturelle.

DEUXIÈME ANNÉE. — Anatomie. — Histologie.—Physiologie. — Pathologie interne. — Pathologie externe.

Travaux pratiques obligatoires (Doctorat). — Anatomie.

Travaux pratiques obligatoires (Officiat). — Stage hospitalier. — Anatomie.

TROISIÈME ANNÉE.—Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Anatomie et histologie pathologiques. — Pathologie interne. — Pathologie externe. — Opérations et appareils. — Thérapeutique et matière médicale. — Pharmacologie. — Cliniques médicale et chirurgicale.

Travaux pratiques obligatoires (Doctorat). — Stage hospitalier. — Anatomie. — Histologie.

Travaux pratiques obligatoires (Officiat). — Stage hospitalier. — Anatomie.

QUATRIÈME ANNÉE.— Pathologie interne.—Pathologie externe. — Anatomie pathologique. — Pathologie et thérapeutique générales. — Pathologie expérimentale. — Opérations et appareils. — Hygiène. — Thérapeutique et matière médicale. — Pharmacologie. — Accouchements et maladies des femmes. — Médecine légale. — Histoire de la médecine et de la chirurgie. — Cliniques médicale et chirurgicale. — Clinique obstétricale. — Cliniques spéciales.

Travaux pratiques obligatoires (Doctorat). — Stage hospitalier. — Anatomie pathologique.

Travaux pratiques obligatoires (Officiat). — Stage hospitalier. — Anatomie.

Le musée Orfila et le musée Dupuytren sont ouverts aux Élèves tous les jours, de 11 à 4 heures.

La bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 heures.

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1887-88 (semestre d'hiver). *Travaux pratiques* (1re année). — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront le mardi 8 novembre 1887. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1887-88, aux jours et heures ci-après désignés :

1° *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, de 4 à 6 heures du soir, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guébhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeud 20 octobre au samedi 5 novembre inclus, de 9 à 11 heures du matin.

2° *Chimie* : Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 h. 1/2 du matin, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 20 octobre au samedi 5 novembre inclus, de 9 à 11 heures du matin.

Histoire naturelle : Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et vendredi (2e série), de 9 à 11 heures du matin, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de 9 h. 1/2 à 11 heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 5 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

Académie de médecine. — *Prix Pourat : 900 francs.* — Question posée pour 1888 : « *Physiologie du muscle cardiaque* ».

Les mémoires devront être adressés à l'Academie avant le 1er mars 1888.

Hopitaux de Paris. — *Prix de l'Internat.* — Le jury pour la médaille d'or de l'internat est ainsi composé : MM. Fournier, Troisier, Besnier, Richet, Prengrueber, Richelot, Maygrier.

Revision des programmes de l'enseignement primaire. — Par arrêté ministériel, en date du 16 octobre 1887, sont nommés membres de la commission d'études instituée par arrêté du 25 janvier 1887, pour l'examen et la revision des programmes de l'enseignement primaire :

MM. les professeurs Berthelot, Bouchard, Brouardel, Lacaze-Duthiers et Proust ; Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Maurice Perrin et Rochard, de l'Académie de médecine ; docteur A. Martin, secrétaire.

Enseignement de la gymnastique. — Par arrêté ministériel, en date du 18 octobre 1887, sont nommés membres de la commission chargée de reviser les programmes relatifs à l'enseignement de la gymnastique :

MM. les docteurs Marey (de l'Institut), Paul Chéron, Dally, Frank, A. Martin, Mengenot et Quenu.

Bureaux de bienfaisance. — *Concours pour 35 places de médecin.* — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le lundi 7 novembre 1887, pour la nomination à trente-cinq places de médecins des bureaux de bienfaisance, sont au nombre de quatre-vingt-dix. Ce sont les docteurs Gougelet, Saison, Roche, Turanville, Genet, Petit-Paul, Marciguey, Savoye, Dusseaud, Decaudin, Planteau, Carret, Barbillion, Alexandre, Vandenabeele, Charles (Paul), Porcher, Le Roy, Lemoine, Fauny, Grange, Viciot, Reteaud, Geneix, Bourdet, Mathieu dit Sicaud, Courtin, Lainé, Viard, Thoumas, Allix, Reuet, Binaut, Marey, Braine, Duron, Bocquet, Veilleau, Weill, Lallemand, Simard, Pastol, Mounet, Parizot, Metzger, Ménetrier, Mérigot de Treigny, Donon, Fleurot, Bœhler, Geny, Decoster, C. de Predel, Hellen, Yvon, Suss, Charon, Fournel, Reuflet, Dhomont, Goureau, Bernhem, Veil, Peignon, Rollin, Barbe, Jacquemart, Plateau, Liandier, Campart, Laurent, Godet, Peisson, Dubief, Isnard, Bernard, Vergne, Bagnol, Battesti, Benard, Maréchal, Dutremblay, Giroud, Petit (Léon), Rolostein-Orval, Vivien, Thoumas, Legrix, Fleury, Dignat.

Le jury, tiré au sort, se composera de MM. les docteurs Perrin, Gervais, Fèvre et Trapenard, et de M. Mourland, chef de la division des hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique.

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Frédault, Giberton-Dubreuil, Ribard, Éloi.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Herrmann, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à Lille; M. Coppens, chef de clinique chirurgicale à Lille.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Rabourdin, Pasdeloup, Langlebert.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Brulet.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Gangolphe, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon; M. Lemoine, professeur agrégé à Lille.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Domergue, professeur adjoint à l'école de Marseille.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Guinier, chef de clinique à Montpellier; M. Diffre, chef de clinique à Montpellier; M. Truc, agrégé de Montpellier.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dubreuilh, agrégé de Bordeaux.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Arnaud, chef de clinique à Marseille.

Ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. Genty, Michelot, Perrin, Loreton, Samson, Tacussel, Laugier, Angelby, Doyen, Auret, Burgé, Le Guével, Delon (Jean-H.).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 129 Jeudi 3 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. LE PROFESSEUR GRANCHER suppléé par M. le Dr HUTINEL.

Observations de deux cas de purpura hémorrhagique suivis de gangrène (1)

Par M. MARTIN DE GIMARD,
Interne des hôpitaux.

J'appelle l'attention sur les observations de deux malades atteints de purpura d'une forme toute particulière. Dans les deux cas il y eut de la gangrène, et dans un la gangrène était si prononcée que non seulement elle intéressait la totalité du derme dans une étendue considérable, mais qu'il y avait encore sphacèle des muscles, des tendons et même nécrose. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale de cas de gangrène aussi étendue et aussi profonde survenant dans le cours du purpura. Dans l'autre observation il y eut également de la gangrène et de plus des épanchements articulaires qui auraient pu faire songer au purpura rhumatismal, s'ils étaient survenus à une époque plus avancée de la maladie.

Le 10 septembre 1887 entre salle Saint-Thomas, n° 24, le nommé D..., Cyrille, âgé de 8 ans. A son entrée on est frappé de l'aspect de son visage ; on croirait voir un enfant porteur d'un énorme angiome veineux de la face occupant le côté droit de celle-ci (lèvres, joue et menton).

Gonflement violacé (lie de vin) à bords saillants sur la lèvre supérieure, s'arrêtant un peu en avant du sillon naso-labial gauche et suivi d'un piqueté également violacé qui va jusqu'à ce sillon ; tuméfaction violacée de la paupière supérieure droite dépassant un peu

(1) Communication à la Société Clinique de Paris.

le sourcil, envahissant la région malaire, s'arrêtant à deux centimètres de l'oreille, recouvrant toute la joue droite, les deux tiers de la lèvre inférieure, la moitié du menton, toute la région sus-hyoïdienne médiane et latérale, se perdant sur le cou. Au milieu de cette coloration violacée on voit plusieurs taches blanches formées par la peau qui a conservé sa coloration normale.

Occlusion des paupières à droite par suite de l'œdème, mais aucun trouble de la vision et aucune lésion de la conjonctive oculaire. Les muqueuses labiales et gingivales sont violettes et tuméfiées dans une étendue correspondant à la tuméfaction des lèvres. Pas d'ulcération. Les gencives de la mâchoire inférieure saignent un peu.

Deux aphtes sur la pointe de la langue, œdème rosé dépassant la tuméfaction lie de vin du côté droit et de plus, du côté gauche, œdème rosé de la joue.

Lésions presque symétriques sur les membres supérieurs prédominant à la face postérieure de ces membres.

Membre supérieur droit : œdème dûr de presque tout le membre, teinte lie de vin, ayant son maximum d'intensité sur le coude en arrière et en avant, se terminant à trois travers de doigts au-dessus de l'épaule, par des marbrures de même couleur; cette teinte violacée occupe les deux tiers (postérieurs et internes) du bras et de l'avant-bras; elle se continue sur la partie interne du dos de la main. Œdème moins dur de la main. Phlyctène au pli du coude.

Membre supérieur gauche : Teinte lie de vin plus étendue encore qu'à droite, également prédominant au coude et sur la face dorso-interne, remontant jusqu'à l'épaule qu'elle dépasse même.

A la partie interne de la face dorsale de la main marbrures violacées.

Œdème dur du bras et de l'avant-bras, plus mou à la main.

Phlyctènes volumineuses sur le bras.

L'œdème gène mécaniquement les mouvements des membres supérieurs, mais bien que très limités les mouvements sont encore possibles.

Abaissement de la température des bras : bras droit 30°2, bras gauche 30°6. Au niveau de la joue malade 34°.

Sensibilité conservée au niveau des parties malades et même hypéresthésie cutanée et douleur à la pression.

Artères : Battements des temporales égaux et assez intenses bien qu'à droite il y ait de l'œdème mou sur le trajet de la temporale. Battements carotidiens perçus, mais tension faible des deux côtés. Par suite de l'œdème on ne peut percevoir les battements des axillaires et de la radiale gauche, on perçoit faiblement les battements de la radiale à droite au lieu d'élection.

Les battements des fémorales, des poplitées et des tibiales sont perçus avec autant d'intensité des deux côtés. Les battements de la pédieuse sont facilement appréciables à gauche, mais à droite ils sont faibles et presque invisibles.

Or, sur la face dorsale du pied droit, au-dessus des métatarsiens et des espaces interosseux, se trouve une ecchymose violette.

Rien au cœur : la pointe bat dans le quatrième espace gauche, pas d'hypertrophie de la rate ni du foie ; pas d'albumine ni de sucre dans les urines qui ont une coloration normale.

Appétit conservé. Constipation.

Intelligence complète ; la parole est gênée par la tuméfaction des lèvres.

Température rectale 37°6.

Voici les renseignements que nous avons recueillis au sujet des antécédents de ce petit malade.

Son père est un vigoureux Franc-Comtois qui n'a eu pour toute maladie qu'une attaque de rhumatisme pendant la campagne de 1871. Pas de syphilis; il avoue quelques excès de boissons, sa mère est également robuste et n'a jamais été malade. Sa grand'mère maternelle est morte d'un coup de sang. Un frère mort à 8 jours avec le muguet. Un autre frère actuellement bien portant.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation a été élevé au sein pendant quinze mois, puis au biberon à la campagne jusqu'à 17 mois. Après avoir marché à dix mois il a cessé de marcher à dix-huit sans qu'on puisse nous préciser ce qu'il a eu à ce moment. Peut-être un peu de rachitisme, dont en tous cas il ne porte plus les traces mainnant. Quoiqu'il en soit, à vingt et un mois il remarchait de nouveau.

Pas d'autres maladies sauf la gourme il y a un an et demi. Jamais d'épistaxis ni d'hémorrhagies d'aucune sorte.

C'est un enfant vigoureux et bien développé pour son âge.

Huit jours avant son entrée, il aurait été très impressionné ; une boutiquière l'ayant admonesté parce qu'il avait uriné contre la devanture de sa boutique.

Les parents font remonter le début de son affection à cette époque. Depuis ce jour, à leur dire, il est moins en train, ne demande plus à sortir et reste à la chambre. Il aurait eu en outre un peu d'œdème des membres inférieurs vers le soir.

Il y a cinq jours l'enfant était mieux, et même demanda à aller se promener.

Quatre jours avant son entrée, il se plaint de douleurs de tête, et brusquement, dans la nuit, la figure enfle ; les deux côtés sont tuméfiés, mais le droit l'est davantage. Le lendemain matin, gonflement de l'épaule gauche ; puis la face devient violacée du côté droit, en

même temps le gonflement diminue. L'épaule devient violette à son tour dans le courant de la journée.

L'épaule et le bras droits n'avaient pas changé de coloration avant sa réception à l'hôpital.

Il a eu une légère épistaxis le matin de son admission.

Pas de vomissements.

Cet enfant était dans de bonnes conditions hygiéniques et n'était soumis à aucune privation.

Cependant la maison qu'il habite est voisine du cimetière Montparnasse.

Il n'existe aucune cause d'intoxication par le seigle ergoté.

11 septembre. Des taches violettes sont apparues sur le pavillon de l'oreille gauche.

Délire dans la nuit.

Traitement : rhum, perchlorure de fer, XV gouttes. Lavages des lèvres et des gencives avec la solution boriquée saturée. T. m. 38°2 ; s. 38°5.

Le 12. Apparition à la face interne de la cuisse droite d'une tuméfaction molle du volume d'un œuf de pigeon, sans changement de coloration du tégument. Douleur à la pression. Le délire a cessé. T. m. 38°3 ; s. 38°5.

Le 13. Diminution du gonflement de la face et des bras. Phlyctènes volumineuses en plus grand nombre sur les deux bras ; eschares noires sur la partie supérieure des bras.

Le sphacèle apparaît sur la joue et la lèvre supérieure ; il semble moins étendu que la tache violacée. T. m. 38°6 ; s. 39°5.

Traitement : enveloppement ouaté des membres.

Le 14. Le sphacèle augmente à la face et aux bras ; fétidité de l'haleine ; pendant les lavages avec l'eau boriquée, il se détache de la bouche des parties sphacélées.

Ventre ballonné, pas de diarrhée ni de vomissements.

Rien dans les urines.

Traitement : bromhydrate de quinine 40 centigrammes.

Régime lacté. T. m. 38° ; s. 38°5.

Le 16. Un sillon d'élimination se produit au niveau des plaques de gangrène de la joue et de la paupière supérieure.

Début d'un sillon d'élimination sur les bras. T. 37°8 ; s. 38°.

Le 17. Le sillon d'élimination s'accentue, surtout au niveau de la lèvre inférieure.

La face devient plombée.

Un peu d'albumine non rétractile dans l'urine. T. 37°5 ; 38°5.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité du fer comme adjuvant dans le traitement de certaines dyspepsies,

Par le Dr Albert Blondel,
Ancien interne des hôpitaux.

Rien de si fréquent que les troubles dyspeptiques, si fréquents que Beau en faisait la clé de voûte de la pathologie tout entière, en quoi il ne faisait qu'exagérer le nombre des dyspepsies initiales, alors qu'en réalité ce trouble fonctionnel n'est que le résultat le plus souvent secondaire d'autres états morbides. Dyspepsie, en effet, n'est guère qu'un mot, une entité factice qui n'acquiert sa valeur qu'autant qu'il est placé dans le cadre pathologique dont il est la résultante.

Notre but ne saurait être ici de passer en revue l'interminable nomenclature des formes et des espèces de dyspepsies classées ordinairement d'après le symptôme prédominant qui leur a donné naissance. Nous voudrions seulement insister en quelques mots sur la fréquence, la fatalité, dirions-nous volontiers, des dyspepsies liées à une altération de la qualité globulaire. « Les dyspepsies ont le double privilège d'être à la fois causes et symptômes des anémies. En tant que causes, elles produisent les anémies d'inanition, en tant que signes des anémies en général, elles contribuent souvent à aggraver l'état des malades (professeur Sée) ». En effet, d'une part, l'anémie influe fâcheusement sur la fonction digestive en ne fournissant qu'un suc gastrique d'autant plus pauvre que l'anémie est plus prononcée; d'autre part, et après un temps plus ou moins long, l'inanition morbide, due à une dyspepsie de cause initiale quelconque, conduit à de l'aglobulie, qui se manifeste par les symptômes ordinaires de décoloration des tissus, les bourdonnements d'oreilles, palpitations, etc.

Cette altération de la constitution intime de la masse sanguine ne paraît pas d'ailleurs uniquement due à de la lésion globulaire. Beau voyait trois formes d'anémie chez les dyspeptiques : l'anémie globulaire, l'anémie albumineuse et l'anémie fibrineuse. D'après le professeur Sée, l'albumine seule subit un déchet très rapide. Elle peut diminuer de près de 50 pour 100, et cela dès les premiers jours. Ce qui semblerait établir ses propriétés nutritives au premier chef.

Et maintenant, s'il est admis que la dyspepsie provoque fatalement de l'anémie, qui vient compliquer l'état morbide et précipiter la chute de l'organisme, il paraît assez naturel de faire entrer le fer comme adjuvant de la médication si variée des dyspepsies. La grande

difficulté, nous ne saurions le dissimuler, est de pouvoir faire absorber ce médicament par un organisme placé dans de si précaires conditions de réceptivité médicamenteuse.

On se trouve, en effet, dans ce cercle vicieux d'un estomac dont l'état morbide a été la cause des altérations de nutrition, et qui cependant doit bien fonctionner pour réparer les pertes de l'économie et relever l'énergie constitutionnelle. Si le problème est peu aisé, il en ressort au moins nettement cette indication majeure de faire choix d'un ferrugineux d'assimilation très facile. Pour nous, qui avons expérimenté nombre de préparations ferrugineuses, nous nous sommes si souvent heurtés à des accidents d'intolérance, action topique agressive, constipation, etc., qu'il ne nous paraît ni superflu, ni déplacé de signaler une préparation dont nous avons toujours recueilli de grands bénéfices : l'albuminate de fer. Ainsi combiné à une substance protéïque, le fer est pour ainsi dire déjà en partie digéré, et son absorption rendue par suite des plus faciles. En outre, cette combinaison du fer avec l'albumine nous paraît remarquablement heureuse pour combattre l'altération du liquide sanguin qui, en outre de sa lésion globulaire, réside aussi, ainsi que nous venons de le rappeler, dans une notable diminution de l'albumine.

Nous nous expliquons donc aisément les bons résultats produits par ce ferrugineux, introduit depuis quelque temps déjà dans la thérapeutique par M. Laprade, dont les récents travaux sur ce sujet paraissent avoir réalisé un progrès sérieux dans la thérapeutique martiale.

Il n'est pas inutile d'ajouter que dans la *liqueur de Laprade* l'albuminate de fer est associé au sirop d'écorces d'oranges amères dont l'effet est des plus avantageux pour combattre l'atonie de l'estomac. De plus, l'administration à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chaque repas, chaque cuillerée ne contenant que 0 gr. 05 de métal *assimilable*, met à l'abri de ces troubles trop facilement déterminés par l'administration du fer à dose massive.

Rappelons, en terminant, que le succès obtenu dans ces dernières années par cette préparation dans la thérapeutique gynécologique et spécialement contre les irrégularités de la menstruation, s'explique facilement si l'on considère que la chlorose, qui s'accompagne presque toujours de dyspepsie, n'est elle-même le plus souvent qu'une anémie dépendant des fonctions génitales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. MILLARD.

VERGETURES DU THORAX DANS LA PHTHISIE. — HISTOLOGIE DES VERGETURES. — M. *Troisier* a observé un phthisique qui avait un groupe de vergetures sur le côté droit du thorax. Au nombre de soixante environ, elles étaient disposées sous forme de lignes. Deux autres groupes de vergetures existaient au sommet de l'aisselle et sur le genou droit. Elles ont été constatées par hasard et alors que le début de la tuberculose pulmonaire pouvait remonter à un an.

M. Troisier est tenté d'admettre une relation entre l'affection pulmonaire et les vergetures. On ne peut en effet les expliquer ni par la distension de la peau ni par une lésion des nerfs cutanés.

L'examen histologique a montré que ces vergetures sont tout à fait semblables à celles de la grossesse ; il ne s'agit ni d'une atrophie, ni d'une cicatrice, mais d'un simple étirement des éléments du derme, l'altération principale portant sur le réseau élastique.

VERGETURES CONSÉCUTIVES A DES SYPHILIDES.—M. *Balzer* rapporte deux nouvelles observations : la première concerne une jeune fille enceinte de quelques mois et qui avait contracté la syphilis. A la suite d'une éruption papuleuse, formation de vergetures sur le dos, les lombes, le creux des jarrets, la poitrine, le cou. En même temps que ces vergetures d'origine éruptive, existaient les vergetures linéaires de la grossesse à leur siège habituel. Dans la seconde observation, les vergetures se sont produites en dehors de la grossesse et siègent dans toutes les régions du corps. Outre leur dissémination éruptive caractéristique, elles ont une forme circulaire pathognomonique.

M. *Millard* s'étonne d'entendre appeler vergetures cet état de la peau consécutif aux syphilides, et que jusqu'à présent on considérait comme des cicatrices. Au point de vue clinique, cette lésion de la peau n'a aucune analogie avec les vergetures. Cependant M. Millard regardera la chose à nouveau et verra s'il peut accepter la nouvelle dénomination.

M. *Balzer*. Ces lésions sont rares ; elles diffèrent des cicatrices par leurs caractères histologiques.

M. *Féréol* fait remarquer que tandis que les vergetures sont irrégulièrement allongées, ces lésions sont punctiformes ; elles diffèrent donc des vergetures tout au moins au point de vue clinique.

M. *Lailler* croit qu'avant de se prononcer, il serait bon de s'entendre sur ce que l'on doit appeler vergetures. L'anatomie pathologique seule doit résoudre cette question.

Épidémie de fièvre typhoïde a l'hôpital Beaujon. — M. *Fernet* et M. *Millard* ont observé une petite épidémie de fièvre typhoïde qu'ils attribuent à ce que ces malades ont bu de l'eau de Seine au lieu de l'eau de source. M. Fernet ne fait cette communication que pour attirer l'attention sur les conditions défectueuses de la distribution et de la filtration des eaux que l'on donne aux malades de Beaujon.

Sapelier.

VARIÉTÉS

Le monument de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, à Tours.

Dimanche dernier avait lieu, à Tours, l'inauguration du monument élevé à trois illustres médecins de la Touraine, trois des plus grands noms de la médecine dans notre siècle : Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

Avant l'inauguration du monument, une imposante cérémonie avait lieu dans la salle des assises du palais de justice, brillamment ornée de drapeaux et d'écussons. Au bureau avaient pris place : M. le Dr Louis Thomas, président; MM. les Drs Duclos, Danner, Sainton, membres du comité d'érection du monument, et plusieurs sommités médicales parisiennes, parmi lesquelles : MM. les professeurs Brouardel, Peter, Guyon, Dieulafoy, MM. Léon Labbé, Constantin Paul, Després, etc., etc.

M. le Dr Louis Thomas, président du comité d'organisation, a ouvert la séance à deux heures. Il a remercié tous ceux qui ont contribué à la réussite de l'œuvre, et particulièrement les artistes Lalou et Sicard, qui ont accordé leur concours désintéressé; puis il donne la parole à M. le Dr Duclos, professeur à l'Ecole de médecine de Tours. C'est de l'éloge de son maître, Bretonneau, que s'est chargé le savant professeur, l'un des derniers élèves du grand médecin tourangeau. Il montre la jeunesse de Bretonneau s'écoulant parmi cette société du dix-huitième siècle, si lettrée et si indépendante d'esprit.

Bretonneau arrive à l'hôpital de Tours; aussitôt il se révèle un maître, un maître d'observation prudente et sagace, puis un merveilleux professeur.

Les travaux de Bretonneau ont été le point de départ d'une révolution dans la médecine. Bretonneau avait remarqué que beaucoup de maladies doivent leur origine à la transmission du mal entre les êtres, à la contagion. Il concluait de la contagion à la spécificité, et, partant de ce principe, il cherchait à enrayer le mal.

Pour faire triompher ce principe, l'école de Bretonneau a lutté pendant plus de quarante ans.

Deux maladies essentiellement contagieuses ont été l'objet principal de ses observations : la diphtérie et la fièvre typhoïde. Le premier à la peine, Bretonneau dédaigna d'être à l'honneur; il resta Bretonneau, simple médecin de province.

M. le professeur Guyon prononce ensuite l'éloge de Velpeau.

Les commencements de Velpeau ont été des plus difficiles. Velpeau était le fils d'un maréchal-ferrant. C'est à force de travail qu'il parvint à s'élever à la haute situation qu'il atteignit plus tard.

M. le professeur Guyon retrace successivement toutes les phases de l'existence du grand savant. Il le montre fidèle élève de Bretonneau, combattant énergiquement l'école de Broussais.

Enfin, il nous décrit la mort de ce lutteur disant les derniers jours de sa vie : « Je suis né vieux, j'ai vécu vieux, je vais mourir jeune. »

La mort de Velpeau fut, en effet, celle d'un brave. Jusqu'au dernier instant, il lutta contre la maladie, étendu sur un lit de repos, après une une dernière leçon, et refusant les soins de Nélaton. Il employa à mourir debout l'énergie qu'il avait mise à vivre.

M. le professeur Peter, l'élève et le continuateur de Trousseau, a ensuite prononcé un discours dont nous publierons une partie au moins dans notre prochain numéro ; ce discours a eu beaucoup de succès et a été fort applaudi.

MM. Léon Labbé et Constantin Paul ont parlé au nom de l'Académie de médecine, et M. Desprès au nom de la Société de chirurgie.

On se dirige ensuite vers le monument, situé dans le square de l'archevêché. C'est la Touraine assise, étendant une couronne de lauriers au-dessus des médaillons des trois médecins, adaptés au piédestal. On a pu, du reste, apprécier ce monument au dernier Salon. On enlève le voile qui couvre la statue.

M. le Dr Fournier prononce quelques paroles, puis tout le monde se retire.

Le soir, a eu lieu un banquet de quatre-vingts couverts à l'hôtel de l'Univers. M. le Dr Louis Thomas porte un toast au doyen de la Faculté de médecine et aux savants professeurs qui sont venus assister à cette fête médicale.

M. le Dr Brouardel remercie M. Louis Thomas.

« Nous n'avons fait qu'accomplir strictement notre devoir, dit-il, en venant à Tours honorer la mémoire de Bretonneau, Trousseau et Velpeau. Des deux derniers nous avons été aussi les élèves ; du premier nous avons beaucoup entendu parler, sans l'avoir connu comme maître. Bretonneau a exercé une grande influence sur la direction générale de la science médicale et Trousseau et Velpeau sont ses tributaires.

« S'il est un singulier épanouissement, c'est bien celui de ces trois

personnalités si puissantes. Mais aussi le terroir était bon ; depuis longtemps déjà le germe avait été jeté dans le sol de la Touraine. Je bois à la perpétuité et à la gloire de l'école de Tours. »

D'autres toasts sont portés par MM. les Drs Danner et Desprès, M. le préfet et M. Drake del Castillo, conseiller général.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 7 au 12 novembre 1887.

Lundi 7. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Reclus, Jalaguier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Remy, Reynier.

Mardi 8. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hanot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Panas, Remy, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Le Fort, Tarnier, Campenon.

Mercredi 9. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus, Maygrier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Joffroy, Chauffard.

Jeudi 10. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Peyrot, Brun. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu.

Vendredi 11. — Dissection : MM. Reclus, Poirier, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Remy, Reynier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Damaschino, Déjerine.

Samedi 12. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Campenon. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Troisier.

Thèses pour le doctorat. — *Mardi* 8, à 1 heure. — M. Thiau : De la réduction de la luxation du pouce en arrière. *Président* : M. Duplay. — M. Piedpremier : Uréthrocèles vaginales. *Président* : M. Duplay.

Samedi 12, à 1 heure. — M. Gaudin : Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. *Président* : M. Bouchard. — M. Mongin : Étude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique. *Président* : M. Proust.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences.* — *Anatomie : cours du chef des travaux anatomiques.* — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Anatomie des régions. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand amphithéâtre).

Pathologie interne. — M. Troisier, agrégé. — Maladies générales. — Fièvres. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie externe. — M. Campenon, agrégé. — Fractures. — Luxations. — Maladies des os, des articulations. — Maladies des vaisseaux et des nerfs. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Obstétrique. — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé. — Pathologie de la grossesse. — Dystocie. — Opérations obstétricales. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit amphithéâtre).

Histoire naturelle. — M. Blanchard, agrégé. — Étude du parasitisme. — Parasitisme végétal. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Grand amphithéâtre).

Physiologie. — M. Reynier, agrégé. — Digestion et circulation. — Lundi, mercredi, vendredi. L'Amphithéâtre, ainsi que les heures, seront désignés sur l'affiche particulière annonçant l'ouverture de la conférence).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1887-88). — Semestre d'hiver). — *Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie.* — I. Cours de médecine légale pratique à la Morgue : le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le vendredi 4 novembre 1887, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Ordre des cours. Les mercredis : M. le professeur Brouardel ; les vendredis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — II. Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie. — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 5 novembre 1887, les mardis, jeudis et samedis. — Ordre du cours. Les jeudis à 4 heures : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à 3 heures ; M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences. — Seront seul admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au Secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les Étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

École de médecine et de pharmacie militaires. — *Classement de sortie. — Liste par ordre de mérite. — Médecins.* — MM. Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Ruotte, Ecot, Licht, Renaud, Maison, Zipfel, Robelin, Jantet, Griffe, Jaubert, Spillmann, Keim, De Burine, Cahen, Castelli, Viela, Venner, Cardot, Delpórte, Bayle, Piquot, Rivière, Tersen, Mechin, Launois, Sudre, Foy, Frache, Papon, Poujol, Messerer, Étienne, Ferrand, Batut, Leymarie, Chevassu-Périgny, Campos, Leclerc, Baillé, Lafforgue, Arnauld, Fuzerot, Courtois, Galzin, Goulon, Benoit, Collet, Bouchet, Angry, Wenzinger, De Montéty, Peyret, Pierron, Manon, Riche, Martin, Cuvier, Apard, Jouet, Lévy, Barrière, Vialette, Marion, Beno, Barbière, Chabrol.

Pharmaciens. — Bodard, Courtot, Beaudoin, Thubert, Licardy, Leclerc, Charpin.

L'École d'anthropologie, qui entre dans sa douzième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 7 novembre 1887, à quatre heures, dans son local habituel, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succèderont dans l'ordre suivant :

Lundi à quatre heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi à huit heures et demie du soir. — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, avec projections.

Mardi à cinq heures. — M. Hervé : Anthropologie anatomique.

Mercredi à quatre heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi à cinq heures. — M. Manouvrier suppléant M. Dally : Ethnologie.

Samedi à quatre heures et demie. — M. Bordier : Géographie médicale.

Faculté de médecine de Paris. — Hôpital de la Pitié. — *Cours de clinique chirurgicale.* — M. le professeur Verneuil commencera le cours de clinique chirurgicale, le vendredi 4 novembre 1887, à 10 heures (hôpital de la Pitié), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Hôtel-Dieu. — *Leçons de clinique chirurgicale.* — M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 14 novembre et les continuera les mercredis et vendredis suivants.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Le Dentu commencera le mercredi 9 novembre à 9 h. 1/2 des conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 130 Samedi 5 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. LE PROFESSEUR GRANCHER suppléé par M. le Dr HUTINEL.

—

Observations de deux cas de purpura hémorrhagique suivis de gangrène (1)

Par M. MARTIN DE GIMARD,
Interne des hôpitaux.

(SUITE).

Le 18. L'eschare de la lèvre inférieure est tombée ; elle comprenait presque toute l'étendue de cette lèvre. Il ne reste plus que le sixième de la lèvre inférieure du côté gauche et la commissure gauche intacts.

Sur le membre supérieur gauche s'est formée une eschare noire profonde au niveau de l'épaule, qui le semble moins sur le bras et l'avant-bras ; le tégument présente une coloration verdâtre ; odeur fétide.

Sur le membre supérieur droit, l'eschare est moins étendue qu'à gauche ; coloration verdâtre de la peau de l'avant-bras. Odeur également fétide.

Traitement : pulvérisations phéniquées autour du malade. Lavages antiseptiques des bras; perchlorure de fer, XX gouttes. T. m. 38°2 ; s. 38°6.

Le 19. Chute de l'eschare de la lèvre supérieure ; elle comprend le tiers externe droit de cette lèvre. Il en résulte que les dents et les gencives correspondant à cette lèvre sont à nu.

La salivation n'est cependant pas très augmentée.

(1) Voir *France médicale*, 3 novembre 1887.

Toujours rien au cœur ni aux poumons; pas d'augmentation du volume de la rate et du foie.

Intelligence conservée. — Le petit malade s'intéresse à son état et demande s'il guérira bientôt.

Pas de douleur ni d'hémorrhagies muqueuses.

Pouls 132; respiration 16. — T. 37° m.; soir 37°8.

Le 20. L'eschare de la joue est tombée. T. m. 38°3; s. 37°0.

Apparition d'une ecchymose sous-conjonctivale siégeant à quelque distance de la cornée de l'œil droit. Elle est très rouge et du volume d'une lentille.

La place de la joue est blafarde; on la touche avec de l'eau phéniquée, solution à 1/20e coupée de moitié alcool. Un peu d'albumine dans l'urine. T. m. 37°5; s. 37°7.

Le 22. Chute de l'eschare située sous le menton.

Celle de l'avant-bras gauche est en partie tombée, elle laisse à découvert les muscles et les tendons.

La plaie de la joue bourgeonne mieux. Gingivite au niveau des dents mises à nu par la chute des lèvres. Une petite molaire est tombée à gauche. Les dents du devant sont ébranlées.

L'oreille gauche, au point où siégeaient les ecchymoses, est le siège d'une desquamation épidermique. Sur la face dorsale du pied droit, la teinte violette a complètement disparu; il en est de même de la tuméfaction qui s'était développée à la face interne de la cuisse droite.

Alimentation : lait et poudre de viande.

Le 23. L'eschare de la paupière supérieure est tombée.

Le 25. Urines noires. On cesse d'employer l'acide phénique pour les pansements; on emploie l'acide borique.

Le 28. Les eschares des membres supérieurs sont éliminées. A gauche, sur la partie antérieure du bras, on voit les veines superficielles disséquées. En arrière, l'olécrane est à nu.

Les tendons et une partie des masses musculaires des extenseurs sont tombés.

A droite, la dissection est non moins complète au niveau du pli du coude. On voit l'expansion aponévrotique du biceps et les veines superficielles de la région. Les tendons des extenseurs et du cubital postérieur ont disparu.

Le 29. Depuis hier soir, toux sèche. On trouve une certaine exagération du retentissement de la voix au sommet droit, et quelques râles sous-crépitants.

Il est continuellement baigné par la sanie abondante qui s'écoule de ses plaies, malgré les pansements occlusifs qui sont appliqués, et par la salive qui coule librement hors de la bouche.

Toujours rien au cœur, pas même un souffle anémique.

Un peu d'albumine dans l'urine. Il demande à manger.

Le 3 octobre. La toux sèche persiste, bien que les signes perçus au sommet droit aient disparu.

Les énormes plaies des membres supérieurs donnent toujours un écoulement purulent très abondant.

Pansement avec la vaseline iodoformée alternant avec la vaseline boriquée et les pansements phéniqués.

Le 6. On essaie de faire des greffes sur le bras droit avec de la peau de grenouille.

Le 10. Les greffes n'ont pas pris, sauf une qui a en partie réussi.

La toux a cessé. Alimentation facile.

Le 13. On sème sur les plaies des deux bras de petites greffes épidermiques humaines.

Le 17. Les greffes ont en grand nombre réussi.

Chute d'un séquestre provenant de l'olécrane gauche. Ce séquestre n'a que quelques millimètres.

Le 18. L'enfant va moins bien ; on constate un sphacèle superficiel des bourgeons charnus vers le tiers supérieur du bras gauche.

Le 19. Le bras droit présente également un peu de sphacèle superficiel.

Le 20. Les plaies du bras ont meilleur aspect, le sphacèle a cessé. Le malade est encore dans le service et ses plaies ne sont pas cicatrisées encore ; mais son état général n'est pas mauvais.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 *novembre* 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

ORCHITE PALUDÉENNE. ELÉPHANTIASIS DU TESTICULE. DES SCARIFICATIONS COMME TRAITEMENT PRÉPARATOIRE AU TRAITEMENT DE L'ÉLÉPHANTIASIS. — M. *Le Dentu*. J'ai observé des faits d'hypertrophie du testicule qui paraissaient être sous la dépendance de l'intoxication paludéenne, mais qui différaient des cas publiés par M. Charvot. J'ai vu aussi des cas d'éléphantiasis du testicule coïncidant avec des éléphantiasis du scrotum.

Voici une observation d'orchite paludéenne. Il s'agit d'un homme habitant depuis 35 ans Cayenne, sujet à des crises douloureuses avec gonflement revenant de temps en temps.

Je le vis dans l'été de 1885. Je trouvais des lésions surtout du côté de l'épididyme avec induration du testicule. Je constatai un très gros testicule sans bosselures, sans irrégularités.

Je n'assistai pas à de nouvelles poussées du côté du testicule.

Le malade fut pris de névralgies intermittentes de la face qui ont cédé au sulfate de quinine.

Ce cas me paraît être un cas d'orchite paludéenne.

Quand on compulse les cas d'éléphantiasis du scrotum, on voit que les auteurs ne signalent pas d'augmentation de volume du testicule.

J'ai cependant observé deux cas d'éléphantiasis du testicule, l'un ayant accompagné, l'autre ayant précédé l'éléphantiasis.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade de Surinam. J'avais constaté l'existence d'un gonflement des deux testicules sans bosselures. Il survenait de temps en temps de petits écoulements blennorrhéiques qui disparaissaient. Le traitement antisyphilitique n'a rien donné. Du reste, il y avait un commencement d'éléphantiasis du scrotum.

L'état est stationnaire.

L'autre observation a trait à un malade que j'avais vu en 1873, et dont le volume du testicule m'avait considérablement surpris. Deux ans après, je le vis avec un éléphantiasis très net du scrotum et du prépuce, je commençai chez lui un traitement préparatoire sur lequel je reviendrai. Je veux parler des scarifications. Au bout de trois mois de traitement, après 19 séances de scarification, il ne restait sur le dos de la verge et dans l'aine qu'une plaque de 1 cent. de large sur 4 de long.

Sur le scrotum, il ne restait qu'une zone médiane de 3 à 4 centimètres de longueur. Pour finir le traitement, j'enlevai la tranche médiane du scrotum ; de même sur le dos du pénis et de l'aine je fis une ablation très restreinte.

Dans un travail que j'ai lu ici sur l'hydrocèle graisseuse double, j'ai noté le volume des testicules.

Il y a deux ans, j'ai opéré d'une hydrocèle double un négociant de Demerari dont les testicules étaient hypertrophiés.

L'examen histologique des parties enlevées du scrotum, dans la deuxième observation, a été fait au collège de France ; on n'y a pas trouvé de filaire, pas plus que nous n'en avons trouvé dans le sang, en l'examinant à l'heure où on peut en trouver le plus facilement, c'est-à-dire après le coucher du soleil.

Donc, à côté des orchites paludéennes à forme aiguë, franche, il faut admettre une forme à marche lente et avec augmentation de volume, qui coïncide quelquefois avec l'éléphantiasis du scrotum.

Quel rapport a-t-elle avec l'orchite paludéenne ?

Resterait encore à savoir s'il y a des rapports entre l'éléphantiasis du testicule et l'impaludisme.

On a noté la présence de la filaire dans les cas d'éléphantiasis, mais non dans tous les cas, de sorte que la question est loin d'être élucidée, même à ce point de vue.

M. *Terrillon.* Je suis d'avis qu'il faut, à propos de l'orchite paludéenne, faire les plus grandes réserves, car on n'observe ces lésions que dans les pays intertropicaux, et non dans les pays tempérés où il existe des fièvres intermittentes.

Les faits de M. Le Dentu sont très curieux ; j'en ajouterai un.

Un médecin habitant Cayenne, après avoir eu des accidents de dysentérie sans accidents paludéens francs, fut pris d'accidents douloureux du côté du testicule, puis survinrent des accidents douloureux du côté du scrotum. Il vint à Paris avec un scrotum œdémateux qu'on avait pris pour un scrotum éléphantiasique ; je finis par voir qu'il y avait du liquide dans ce scrotum, et effectivement, par une ponction, je retirai 2 litres et demi de la vaginale gauche ; or, les testicules étaient hypertrophiés aussi bien du côté droit que du côté gauche.

M. *Monod.* J'ai eu l'occasion de faire la bibliographie de l'hypertrophie du testicule. Je n'ai rien trouvé, comme l'a dit M. Le Dentu.

Je crois, comme M. Le Dentu, qu'il faut rapprocher ces hypertrophies du testicule des hydrocèles chyleuses qui sont parasitaires.

M. *Le Dentu.* Les hydrocèles simples passent pour être fréquentes dans les pays chauds. Elles paraissent se rattacher à des lymphangites obscures.

M. *Humbert* lit un rapport sur un appareil pour fracture du membre inférieur, par M. Tuquet (?)

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN ET DE L'UTÉRUS CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE SIX MOIS. — M. *Schwartz.* Femme de 22 ans, enceinte de 6 mois, ayant reçu un coup de couteau de 6 centimètres environ au voisinage de la ligne médiane. Issue de 90 cent. d'intestin et des deux pieds d'un fœtus.

Pouls fréquent, température normale. Je la vois sept heures après l'accident.

Je lave l'intestin à l'eau bouillie et puis à la liqueur de Van Swieten.

J'agrandis la plaie abdominale de 7 centimètres par en bas. Je vois que la paroi utérine est ouverte transversalement. Le fœtus est sorti en entier de l'utérus, sauf la tête. Je débride l'utérus pour faire sortir le fœtus et le placenta. Je fais la suture avec douze points de catgut. L'utérus se rétracte sous ma main, puis je réduis l'intestin et je suture. Lavage du vagin et tamponnement. Mort quatre jours après.

A l'autopsie, liquide séro-purulent dans le péritoine. Pas de perforation intestinale.

M. Schwartz cite des exemples de plaie de l'utérus gravide; il cite l'observation de Guelliot (de Reims), une autre de Hayes, dans le *New-York med. and Surg. Journal* de 1879, etc., etc.

Il insiste pour le diagnostic sur l'écoulement d'un liquide analogue à l'urine, qui est le liquide amniotique ; il faut évidemment que la vessie n'ait pu être blessée.

M. *Berger*. —Le cas de Guelliot (de Reims) présentait ceci de particulier que l'utérus avait été blessé par son segment extra-péritonéal.

Quant au mode de suture utérine, j'ai remarqué qu'il n'est pas nécessaire de faire la résection de la musculeuse, comme le conseille Sænger, j'ai pu le constater dans un cas opéré par M. Bar.

M. *Guéniot*. Au point de vue de la réussite, il vaut mieux intervenir de très bonne heure. Peut-être M. Schwartz eût-il réussi s'il eût pu intervenir tout de suite.

La plaie utérine était transversale et siégeait sur le fond. Cette disposition favorise la suture. Quand on fait l'opération césarienne, les bords de l'incision tendent à s'écarter plus par la partie superficielle que par la partie profonde. C'est pour cela que Sænger a proposé la résection de la musculeuse. Je crois que le cas de M. Bar est une exception.

Je me demande s'il ne vaudrait pas mieux, dans l'opération césarienne, inciser le fond que la paroi antérieure.

Je crois qu'il y aurait intérêt dans ces cas, à drainer l'utérus par le vagin et peut-être même à faire des irrigations continues.

M. *Marchand*. — Dans une opération césarienne, j'ai eu toutes les peines du monde à suturer l'utérus; la malade est morte. J'ai vu alors que deux points sur cinq avaient lâché.

M. Schwartz aurait pu discuter l'utilité de l'opération de Porro.

M. *Guéniot*. — L'indication de l'opération de Porro existerait s'il y avait de la septicémie utérine.

M. *Terrier*. — La suture de Lembert, la suture de Sænger, la suture isolée de la muqueuse et du corps de l'utérus me paraissent difficiles ; je crois que la suture telle que l'a faite M. Schwartz, c'est-à-dire la suture simple, est la préférable.

M. *Schwartz*. — Je n'ai pas voulu discuter l'opération de Porro, car il n'y avait pas d'hémorrhagie et comme j'avais fait le nettoyage complet de la cavité utérine et du ventre, je ne craignais pas la septicémie utérine.

Quant à la suture, je l'ai faite simple, parce que c'était la plus rapide.

La suture de Sænger est celle qui paraît la plus efficace.

M. *Marchand*. — La preuve que la suture de l'utérus est difficile,

c'est qu'on a imaginé dés procédés plus compliqués que la suture simple.

M. *Guéniot.* — Il n'est pas difficile de faire la suture, mais il est difficile de la faire efficacement.

M. *Nimier* lit une observation d'amputation partielle du pied pour traumatisme.

PRÉSENTATION DE BANDAGE APRÈS LA CURE RADICALE DES HERNIES. — M. *Championnière* présente un bandage qu'il fait porter à ses opérés après la cure radicale; c'est un bandage à pelote épaisse et sans ressort. Cette pelote est destinée à s'appuyer au-dessus de la cicatrice et non sur elle.

Un auteur a envoyé un mémoire avec l'épitaphe suivante :

L'opération de la hernie étranglée doit être mise à la portée des médecins les moins expérimentés.

Il n'a pas envoyé de pli cacheté contenant son nom, il devra le faire.

Commission pour l'examen des prix :

	Duval.	Demarquay.	Gerdy.	Laborie.
	—	—	—	—
MM.	Marjolin.	Verneuil.	Trélat.	Lannelongue.
	de St-Germain.	Polaillon.	Tillaux.	Horteloup.
	Berger.	Delens.	Périer.	Chauvel.
	Richelot,	Monod.	Lucas-Championnière.	Bouilly.
	Segond.	Reclus.	Pozzi.	Quénu.

P. BAZY.

VARIÉTÉS

TROUSSEAU.

Discours prononcé à Tours par le professeur Peter.

(*Extraits.*)

Un jour de l'année 1867, Trousseau gravissait péniblement un escalier, appuyé sur moi, pour se rendre à une consultation qui devait être sa dernière, lorsqu'il s'arrêta tout à coup et me dit : « Mon ami, je vais mourir bientôt, vous défendrez ma mémoire ! — Votre mémoire n'est pas à défendre, lui répondis-je, elle est à glorifier. »

C'est cette pieuse mission que j'accomplis aujourd'hui. J'évoquerai la grande et belle figure d'un des plus illustres médecins de ce siècle. Je dirai le *penseur profond*, l'*orateur entraînant*, le *professeur incomparable* et surtout l'*homme bon* que fut mon maître, Armand Trousseau.

Il est né ici même, dans cette ville de Tours, le 14 *octobre* 1801.

C'est ici qu'il fit ses études (ou, comme on disait si bien alors, ses humanités.

Son éducation terminée, il dut chercher dans l'enseignement ses moyens d'existence, et le futur académicien fut d'abord maître d'études. A vingt ans, il était nommé professeur de rhétorique à Châteauroux.

Deux ans plus tard, Trousseau se rendait à Paris. Il entra alors comme interne à la maison de santé de Charenton, et là, avec Esquirol, il étudia pendant deux ans les maladies mentales. C'est là qu'il recueillit des matériaux qui nous ont valu ses magnifiques leçons sur l'*épilepsie* et la *congestion* cérébrale apoplectiforme.

A 25 ans, en 1826, il soutenait sa thèse de docteur, et, triplant les étapes, il enlevait un an plus tard par de merveilleuses épreuves de concours, sa nomination d'agrégé ; il avait alors 26 ans.

Dans l'année 1827 se place un épisode intéressant et presque solennel de la vie de Trousseau : le même jour où il était élu agrégé à Paris, on le nommait à Tours chirurgien en chef de l'hôpital.

C'est qu'en effet le lettré, le médecin, le savant, était par surcroît un fin anatomiste et un chirurgien habile.

Ainsi s'expliquent la double aptitude du génie pratique de Trousseau et le rôle considérable qu'il a joué dans la thérapeutique contemporaine. On comprend, dès lors, comment les rendant plus faciles et plus accessibles à tous, il a su *médicaliser* deux grandes opérations chirurgicales, la trachéotomie et la thoracentèse.

Trousseau hésita un moment entre cette double situation : serait-il le premier des chirurgiens à Tours, ou s'exposerait-il à rester perdu dans la foule à Paris ? Quelque chose lui disait qu'il n'y serait pas parmi les derniers ; il opta pour Paris. Et c'est ainsi que notre Faculté de médecine put s'enorgueillir d'une illustration de plus.

En 1828, Trousseau est envoyé en Sologne pour y observer une épidémie de diphtérie et secourir les malheureux diphthérisés. Son dévouement eut là mainte occasion de s'exercer ; une fois entr'autres, on voit Trousseau s'inspirant de son génie inventif, triompher des obstacles les plus matériels, pratiquer la trachéotomie avec son canif, et improviser une canule avec une balle de plomb. « C'était, dit-il, un jour de Pentecôte, un paysan vint me chercher pour sa femme qui étouffait. En arrivant, je trouvai une femme de 26 ans, encore vêtue de ses habits de fête ; elle était expirante. La trachéotomie pouvait seule empêcher la mort immédiate. Sans plus attendre, je me mis en demeure de la pratiquer ; j'étais seul, sans autre aide que le mari, sans autre instrument qu'un canif à lame convexe que j'avais heureusement sur moi ; puis je fus obligé, à défaut de canule trachéale, d'en fabriquer une, grossière avec une balle de

plomb que j'aplatis avec un marteau et que je façonnai en une espèce de tube. »

La mort imminente était ainsi conjurée.

Cette même année, 1827, il apprend qu'une mission s'organisait, par ordre du gouvernement, pour aller à Gibraltar étudier la fièvre jaune. Il obtint d'en faire partie avec Louis et Chervin. C'est après avoir vu et soigné « plus de mille malades », qu'il fut ainsi que Louis atteint par le fléau ; il faillit en mourir.

Né pour professer, Trousseau concourut deux fois pour une chaire à la Faculté : il ambitionna successivement celle de physiologie et de thérapeutique. Mais le concours est une institution fondée par la justice et, quelquefois, modifiée par les passions.

Les épreuves de Trousseau en physiologie avaient été des plus brillantes : il ne fut pas nommé. Heureuse injustice, il aurait pu venir un Claude Bernard, il dut se contenter de rester Trousseau, pour la plus grande gloire de la médecine française.

C'est en 1837 qu'il obtint au concours la chaire de thérapeutique ; et pendant quinze années, le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine fut trop petit pour la foule des auditeurs.

Trousseau était trop le disciple de Bretonneau pour n'avoir pas fait de la diphthérie une de ses études favorites ; aussi fut-elle, à l'hôpital Necker comme à l'hôpital des Enfants et à l'Hôtel-Dieu, le sujet de quelques-unes de ses meilleures leçons. Mais la diphthérie envahissant le larynx, c'est le croup, et là, son talent descriptif prenait sans effort les couleurs les plus dramatiques. Il trouvait, pour décrire les angoisses de la suffocation croupale, les paroles les plus pathétiques comme les plus saisissantes dans leur véridique horreur.

Trousseau vitaliste était nécessairement *spécifiste*, c'est-à-dire qu'il admettait la spécificité dans les maladies ; — ce qui semble tout naturel aujourd'hui, et ce qui ne l'était pas, il y a un demi-siècle, à une époque où la doctrine de « l'irritation » la doctrine de Broussais était partout triomphante. — Alors, cependant, un cri de protestation s'éleva, il partit de l'école de Tours, ce fut Bretonneau qui le poussa.

A l'aide de sa lumineuse étude de deux maladies manifestement infectieuses, la *dothiénentérie* et la *diphthérie*, consacrées spécifiques par la désinence même qu'il leur donna, l'illustre médecin tourangeau battit en brèche l'édifice Broussaisien. Dans la dothiénentérie, il démontre que la gastro-entérite était dominée par la spécificité de la cause qui faisait la spécialisation des symptômes. Et ainsi de l'angine pour la diphthérie.

Grâce à la puissance de vulgarisation de Trousseau, l'idée partie de Tours rayonne sur Paris, et de Paris sur le monde.

Cette doctrine si vraie, mais d'apparence quelque peu métaphysique, s'est matérialisée désormais par la bactériologie.

Les plus grands titres de gloire de Trousseau, ce sont les efforts qu'il fit pour faire adopter la trachéotomie et la thoracentèse.

La trachéotomie conseillée par Stoll fut pratiquée pour la première fois à Londres avec un succès fort contesté.

Bretonneau la pratiqua infructueusement en 1818, puis en 1820, et ne réussit qu'en 1825 sur la fille d'un de ses plus intimes amis, le comte de Puységur.

A son tour, Trousseau sauva par la trachéotomie le fils de Marcillet, célèbre comme magnétiseur du somnambule Alexis.

Trousseau, convaincu dès lors de la valeur de la trachéotomie dans le croup, ne cessa de la préconiser.

C'est grâce à ses leçons et à son exemple que la trachéotomie a été adoptée en France, et chaque année, par cette opération, de nombreux enfants échappent à la mort.

Trousseau l'avait pratiquée plus de deux cents fois, dans le cas de croup, et comptait plus d'un quart de succès, résultat considérable dans une affection où, à la période asphyxique, la mort est un fait habituel et nécessaire.

Aussi, Trousseau disait-il qu'aujourd'hui c'est un devoir pour le médecin de pratiquer la trachéotomie, et que ce devoir est aussi étroit que celui de faire la ligature d'une artère blessée.

Trousseau a le premier formulé nettement la nécessité de la thoracentèse dans les pleurésies « avec épanchement excessif » ; il en a établi avec précision les indications, il a popularisé enfin cette pratique, généralement adoptée désormais.

C'est sur la fille d'un de ses amis, l'auteur dramatique Michel Masson, qu'il la pratiqua pour la première fois, et dans les plus déplorables conditions, car c'était *in extremis*. Il sauva la malade. A partir de ce moment, il n'hésite plus à ponctionner la poitrine, et obtient succès sur succès, surtout quand il eut adopté le perfectionnement que l'on doit à Reybard de Lyon.

Avec quel empressement n'eût-il pas adopté plus tard un perfectionnement plus grand encore, qu'on doit à l'emploi de la méthode aspiratrice, découverte par un de ses élèves les plus éminents, aujourd'hui professeur à la Faculté de Paris, mon savant ami Dieulafoy.

Ainsi donc, comme Epaminondas mourant, Trousseau laisse après lui « deux filles immortelles ». Mais, à l'inverse du héros thébain, la Leuctres et la Mantinée du médecin Tourangeau n'ont fait verser que des larmes de reconnaissance. (*A suivre.*)

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libre de gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, agrégé libre, commencera ce cours, le mardi 15 novembre 1887 (petit amphithéâtre), à 6 heures de l'après-midi et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Programme du cours : maladies des organes génitaux de la femme.

— *Cours de clinique des maladies du système nerveux* (hôpital de la Salpêtrière). — Professeur : M. CHARCOT. Les leçons du mardi ont commençé le 19 octobre; celles du vendredi commenceront le 18 novembre.

— *Clinique ophtalmologique.* — M. le professeur PANAS commencera le cours de Clinique opthalmologique, le lundi 7 novembre 1887, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmoscopiques, tous les mercredis.

— *Cours d'histologie.* — M. le professeur MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'Histologie, le mardi 8 novembre 1887, à 5 heures (Grand-Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Objet du cours : Le sang et les vaisseaux; les épithéliums et les glandes; l'appareil génito-urinaire et les éléments de la génération.

— *Clinique médicale* (hôpital de la Pitié). — M. le professeur JACCOUD reprendra son cours de Clinique médicale, le mardi 8 novembre 1887, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

— *Cours de chimie médicale.* — M. GAUTIER commencera le cours de Chimie médicale, le jeudi 10 novembre 1887, à 1 heure (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— *Cours de clinique médicale* (hôpital de la Charité). — M. le professeur POTAIN commencera le cours de Clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 8 novembre 1887, à 10 heures, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

— *Cours de clinique des maladies des enfants* (hôpital des Enfants-Malades) — M. le professeur GRANCHER commencera le cours de Clinique des maladies des enfants le samedi 5 novembre 1887, à 10 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur G. SÉE commencera le cours de clinique le lundi 7 novembre 1887, à 9 h. 1/2 et le continuera tous les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le professeur CORNIL pratiquera les autopsies, tous les jours à dix heures (amphithéâtre Bichat). Le jeudi, à la même heure, conférences pratiques. — Il commencera ses conférences le jeudi 10 novembre.

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS. — Le conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a tenu samedi sa première séance de l'année scolaire. Un livret des cours et conférences d'enseignement supérieur à Paris, d'un format commode, a été préparé par ses soins à l'usage des étudiants, et sera publié désormais sous ses auspices. C'est un symptôme de plus de l'existence déjà réelle de l'Université de Paris.

Le conseil général s'est encore prononcé, après l'avis des facultés compétentes, en faveur du maintien de la chaire d'économie politique de la Faculté de droit et de celle de philosophie à la Faculté des lettres. Le conseil, enfin, a approuvé quelques cours libres à la Faculté de médecine, et attribué les bourses devenues vacantes des fondations Pelrin et Barkow.

ECOLE PRATIQUE. — M. le Dr E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux, commencera à l'Ecole pratique son cours sur les affections de l'urèthre et de la prostate, le vendredi 11 novembre, à 5 heures ; il les continuera les lundis et vendredis suivants.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr Le Dentu commencera le mercredi 9 novembre à 9 h. 1/2 des conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

LÉGION D'HONNEUR. — Le Dr Lisnard, maire de Vallauris (Alpes-Maritimes) est nommé chevalier de la Légion d'honneur pour son dévouement lors de l'épidémie de variole qui a sévi dans cette commune il y a plusieurs années.

BANQUET OFFERT AU PROFESSEUR CHARLES RICHET. — Les élèves et amis de M. Charles Richet lui offrent un banquet pour fêter sa nomination de professeur à la Faculté de médecine.

Le banquet aura lieu le mardi 15 novembre à l'Hôtel Continental, à 7 h. 1|2.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhésions doivent être envoyées avant le mercredi 9 novembre, à l'une des adresses suivantes : M. H. Ferrari, 6, rue du Pont-de-Lodi ; M. R. Moutard-Martin, 52, rue de Lille ; M. L. Olivier, 56, rue Gay-Lussac ; MM. Fley et Rondeau, au laboratoire de physiologie, 2, rue Vauquelin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, par le Dr Maurice Vallas, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon, etc. — Paris, 1887, gr. in-8°, 94 pages. 2 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 131 Mardi 8 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. LE PROFESSEUR GRANCHER suppléé par M. le Dr HUTINEL.

Observations de deux cas de purpura hémorrhagique suivis de gangrène (1)

Par M. MARTIN DE GIMARD,
Interne des hôpitaux.

(SUITE).

Le nommé L... (Henri), âgé de 14 ans, est amené le 22 septembre 1887, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Thomas, n° 26. Il n'est par conséquent séparé que par un lit du précédent malade.

Il est orphelin ; son père est mort de la poitrine et sa mère d'une maladie de cœur. Il a une sœur bien portante.

Il n'a jamais été malade autant qu'il peut se souvenir. D'ailleurs, c'est un enfant d'aspect robuste et vigoureux.

Depuis la mort de ses parents, c'est-à-dire depuis neuf mois, il avait été mis en pension à l'institution de l'abbé Roussel, où il apprenait le métier de brocheur.

Ce n'est que huit jours avant son entrée à l'hôpital qu'il a été pris brusquement d'inappétence ; puis de douleurs dans les jambes, surtout dans les mollets, douleurs qui le forcent à garder le repos. Trois jours après, douleur dans la région fessière droite.

Outre ces phénomènes, il avait de la constipation, de la douleur de ventre. Dès le troisième jour de la maladie, il commence à vomir tout ce qu'il prend et ces vomissements continuent jusqu'à son entrée.

Quand on l'examine au moment de son arrivée dans le service,

(1) Voir *France médicale*, 3 et 5 novembre 1887.

il se plaint aussitôt qu'on cherche à faire mouvoir ses membres inférieurs ; les mouvements spontanés sont diminués surtout à droite. Pas de troubles de la sensibilité ; les réflexes rotuliens et plantaires sont conservés, plutôt diminués.

Il semble avoir une paraplégie dont la cause n'est pas appréciable.

Œdème léger des membres inférieurs principalement du côté droit, godet à la pression au niveau de la face interne du tibia.

Langue un peu tremblante. Pas d'épistaxis, ni aucune autre hémorrhagie.

Ecchymose violette à la fesse gauche près du sillon interfessier, recouvrant presque toute la région sacrée. Douleur à la pression à son niveau.

Sur la partie externe du bras droit, il y a deux ecchymoses jaunes et deux autres à la partie postérieure. Elles rappellent par leur forme arrondie et la distance qui les sépare, celles qu'on produirait en pinçant la peau entre le pouce et l'index. L'enfant ne sait comment elles se sont produites.

L'enfant nie être tombé et dit, il est vrai, avoir été battu, mais il y a quatre mois.

Rien au cœur ni aux poumons. Vomissements, diarrhée. T. s., 38°3.

Le 23 septembre. Dans la nuit, des taches purpuriques sont apparues sur les fesses surtout sur la gauche.

Taches plus petites au creux poplité droit et quelques-*unes sur* les deux jambes. Taches purpuriques nombreuses sur l'épaule gauche et la partie postéro-supérieure du bras. Quelques-unes sur l'épaule droite, mais moins colorées et moins nombreuses. Le soir, taches purpuriques au niveau du coude droit.

La douleur de la fesse est moins intense et les mouvements des membres inférieurs sont presque revenus. Pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate. Pas d'albumine, ni de sang dans l'urine.

Pouls radial régulier : 112 pulsations, T. R. 37°5 ; 37°7.

Les vomissements ont cessé et la diarrhée est moins intense. Selles noires, mais non sanglantes.

Traitement : perchlorure de fer, XX gouttes ; extrait de quinquina, limonade sulfurique, 2 grammes.

Le 24. Les taches purpuriques sont plus accentuées au niveau du coude droit sur l'olécrane, ecchymose violacée du diamètre d'une pièce d'un franc.

Pas d'hémorrhagies par les muqueuses. En serrant avec les doigts la peau des mollets, on n'a pas produit d'ecchymoses. T. 37°2 ; 37°5.

Le 28. L'état général est bon — toujours pas d'élévation de la température qui dépasse de peu 37° — et aujourd'hui matin 37°3, soir 37°5. Encore un peu de diarrhée.

Le 29. Les premières taches purpuriques ont disparu pour faire place à de petites élevures rouges sur les deux bras.

Sur le genou gauche, en avant de la rotule, taches purpuriques nouvellement apparues. L'ecchymose violacée du coude droit est remplacée par une croûte noire.

On constate sur la lèvre inférieure la présence de deux ulcérations de la muqueuse répondant à la saillie de deux dents.

Les gencives ne sont nullement fongueuses ni saignantes.

Aucune douleur au niveau des articulations. T. 37°4 ; 37°8.

Le 30. La température, le matin à 37°4, s'élève le soir à 38°3 avec 102 pulsations.

1er octobre. Dans la nuit hémorrhagie intestinale, sang mélangé aux fèces. Coliques. Vomissements verdâtres porracés rappelant ceux de l'intoxication saturnine.

On trouve de nombreux globules sanguins dans les fèces. Les urines sont claires et ne renferment pas de globules sanguins.

L'examen du sang fait constater de la leucocythose. Il y a dans un champ microscopique (obj. 6 Verick, oc. 1) 30 à 35 globules blancs, tandis que dans le sang d'un autre enfant du même âge, on en trouve au plus une dizaine.

Les globules blancs sont augmentés de volume, ce qui est très manifeste en les comparant à ceux de l'autre enfant. De plus, les hématoblastes manquent presque complètement. T.m., 37°5; s., 37°8.

Traitement : glace sur le ventre et à l'intérieur.

Traitement : Champagne glacé, sulfate de quinine. T.m. 38°; s. 39°.

Le 7. Diarrhée, cinq selles très abondantes et très fétides. L'eschare de la luette tend à s'éliminer. L'eschare du coude droit augmente au contraire. Ganglions axillaires un peu gros et douloureux. T. m. 38°,6 ; s. 39°,4.

Traitement : Salicylate de bismuth, 8 gr.; champagne.

Le 8. Délire dans la nuit. Douleur au niveau de l'articulation de l'épaule droite; peut-être un peu de tuméfaction. T. m. 38°,1; s. 38°,5.

Le 9. Délire très marqué et dans la nuit et ce matin. L'enfant parle sans cesse.

Traitement : Salicylate de bismuth, 10 gr.; toujours pas d'albuminurie. T. m. 38°,9 ; s. 39°,4.

Le 10. Délire dans la nuit : il croit qu'on veut le jeter dans le feu. Pas de diarrhée depuis trois jours. Un lavement ramène des matières vertes.

Avec le perchlorure de fer on constate qu'il y a dans les urines une grande quantité d'acide salicylique. Craignant que les accidents nerveux ne fussent imputables à l'acide salicylique, on remplace le salicylate de bismuth par le sous-nitrate de bismuth, 2 gr.

Au niveau du genou droit il y a quatre phlyctènes, chacune de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Elles siègent au niveau des ecchymoses. T. m. 38°; s. 39°,6.

On prescrit 30 centigrammes de sulfate de quinine.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

Plaie pénétrante du crane par arme a feu; guérison. — M. *Fernand Giraud* vient de présenter au comité médical des Bouches-du-Rhône (*Marseille Médical*) une observation qui peut contribuer à augmenter les notions que nous avons déjà sur les localisations cérébrales.

Le 29 mai dernier, on amène à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Chapplain, un homme de 36 ans qui s'était tiré un coup de revolver dans la bouche. L'interne de garde constata une plaie arrondie de 2 ou 3 millimètres de diamètre, siégeant au milieu de la voûte palatine et à deux centimètres environ en arrière des incisives. Les autres symptômes des lésions produites par la balle siégeaient : 1° dans l'œil gauche; 2° dans les membres supérieur et inférieur droits.

Les paupières sont œdémateuses et infiltrées de sang. En les écartant on trouve la cornée saine, entourée d'un chémosis considérable; l'iris est immobile et fortement contracté. La vision est complètement abolie. Il y a en outre de l'exophthalmie et l'œil est immobile. L'auteur ne dit pas un mot de l'examen ophthalmoscopique qui ne paraît pas avoir été pratiqué, lacune capitale et très regrettable dans cette observation.

L'œil droit ne présente rien de particulier.

Les membres droits sont paralysés, les mouvements sont complètement abolis; mais la sensibilité persiste ainsi que les réflexes. La paralysie motrice est absolument localisée aux deux membres droits et le malade peut donner tous les renseignements qu'on lui demande.

Contre toute attente, il ne se produit pas de méningite; l'état général s'améliore peu à peu; la fièvre des premiers jours disparaît aussi. Du côté des membres la motilité commença à revenir dans la jambe et le 25 juin le malade pouvait la remuer; le bras commença également à faire quelques mouvements; quelques jours après le malade se levait et, soutenu par un infirmier, pouvait faire quelques pas dans la salle.

Du côté de l'œil, au contraire, les phénomènes s'aggravent : le chémosis disparaît, l'exophthalmie diminue, mais la cornée devient légèrement opaque et il se forme de l'hypopyon; l'iris est toujours

immobile et rétracté et la vision nulle. L'auteur oublie de nous dire si l'on a cherché à dilater la pupille au moyen de l'atropine.

Le 30 juin, le malade demande son exeat et retourne à Montpellier où il habite, ce qui a empêché de suivre son observation; mais peut-être quelque autre confrère pourra-t-il nous donner de nouveaux renseignements sur ce malade.

Le coup a été tiré, le canon de l'arme étant introduit dans la cavité buccale, obliquement dirigé en haut et en arrière et probablement incliné à gauche, puisque le revolver était tenu de la main droite. La balle entrée par le milieu de la voûte palatine à deux centimètres en arrière de l'arcade dentaire a sans doute traversé la narine gauche, puis a pénétré dans la partie postérieure de l'orbite gauche, en coupant ou contusionnant fortement le nerf optique et déchirant le tissu graisseux qui entoure l'œil. Arrivée là, la balle a dû sortir par la partie supérieure de l'orbite, partie horizontale du frontal à son union avec la petite aile du phénoïde, et elle a traversé le lobe frontal du cerveau pour aller contusionner et détruire la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches. La conservation de la parole prouve l'intégrité de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale. La balle, dit l'auteur, est allée se loger plus haut et a détruit les centres nerveux des membres et surtout celui du membre supérieur, siégeant à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette observation, le Dr Bidon a fait remarquer avec raison que la guérison rapide de la paralysie écartait l'idée d'une destruction des centres moteurs. Peut-être y a-t-il eu contusion ou commotion sans destruction profonde.

M. F. Arnaud croit à une lésion des méninges avec épanchement sanguin comprimant l'écorce du cerveau sans altération profonde de la substance nerveuse.

Cette dernière hypothèse nous paraît de beaucoup la plus justifiée, mais l'autopsie seul montrerait quelle est l'opinion vraie parmi toutes celles que l'on peut formuler à ce sujet.

A. CHEVALLEREAU.

Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne.

(Suite et fin.)

M. Émile *Trélat* (de Paris), architecte, analyse les deux rapports que lui-même et le Dr Clément (de Lyon) ont été chargés de faire sur l'*éclairement et l'ensoleillement des habitations*. Le second travail

peut se résumer dans cette conclusion : La hauteur des maisons et la largeur des rues doivent être calculées de manière à permettre l'accès des rayons directs de la lumière jusqu'au fond des rez-de-chaussée. Dans la discussion qui a suivi, le Dr Cohn (de Breslau) a appuyé l'opinion du rapporteur et dit, en approuvant les auteurs français, que c'était en France qu'on avait commencé la campagne favorable à l'introduction d'une lumière abondante dans les habitations. — L'assemblée a voté, à une grande majorité, les conclusions du rapport de M. Trélat et des remerciements à son auteur.

M. Conrad *Hartmann*, (de Berlin), était chargé d'examiner la question de l'*éclairage au gaz et* de l'*éclairage électrique*. Lorsque ces deux systèmes d'éclairage sont bien exécutés et rationnellement entretenus, ils se valent l'un l'autre. Dans des espaces tels que les scènes de théâtre, où l'on ne peut se servir de flammes découvertes, l'éclairage au gaz doit être interdit, et il appartient aux autorités compétentes d'insister sur l'adoption de l'éclairage électrique. L'usage du gaz hydrogène est absolument inadmissible pour l'éclairage des habitations, à cause de son pouvoir extrêmement toxique.

MM. *Richard* (de Paris), *Löffler* (de Berlin) et *Dobroslavine* (de Saint-Pétersbourg), étaient chargés par le Comité des rapports sur *la pratique de la désinfection en général*. L'assemblée a adopté les cinq propositions suivantes qui lui étaient soumises par les rapporteurs.

1° Il est à désirer que dans chaque pays une loi rende la désinfection obligatoire dans certaines maladies;

2° Qu'un personnel compétent et le matériel nécessaire à la désinfection soient mis par les autorités locales à la disposition des populations, et que l'opération soit gratuite au moins pour les indigents;

3° Que la tuberculose soit rangée dans la catégorie des maladies contre lesquelles la désinfection est absolument obligatoire;

4° Que l'on se mette d'accord sur un nombre aussi restreint que possible de moyens à recommander pour la désinfection. En tête de ces moyens, il faut ranger : l'ébullition dans l'eau, la vapeur d'eau à au moins 100°, le sublimé à 1 0/0, l'acide phénique à 5 0/0 pur ou additionné d'acide chlorhydrique ou d'acide tartrique;

5° Que les fumigations en général et les fumigations sulfureuses en particulier doivent être abandonnées dans la pratique de la désinfection.

L'assemblée a de même adopté les propositions formulées par MM. Félix (de Bucharest), Sörensen (de Copenhague) et Bohm (de Vienne), relativement à l'isolement hospitalier.

Une commission composée de MM. Brouardel, Hilger (d'Erlangen) et Pouchet, doit présenter au prochain congrès d'hygiène des propo-

sitions relativement à la répression des *falsifications des substances alimentaires.*

Les conclusions du rapport de M. *Kratschmer* (de Vienne) sur la nécessité de réprimer la vente des remèdes secrets, ont été unanimement approuvées.

M. Brouardel, dans sa conférence à la séance d'ouverture, avait déjà posé nettement la question de l'eau potable et des maladies infectieuses. Après un rapport M. *Hueppe* (de Wiesbaden) sur cette question, l'assemblée a voté à une très grande majorité cette proposition : Etant prouvée la possibilité de la propagation des maladies infectieuses par l'eau potable contaminée, l'une des plus importantes prescriptions de l'hygiène publique doit être de fournir de l'eau absolument pure aux populations.

Après un rapport de M. *Vallin* sur la prophylaxie internationale des épidémies et une longue discussion, l'assemblée exprime le vœu qu'il soit fait, entre les différents États, une Convention internationale contre les maladies pestilentielles : choléra, fièvre jaune, peste, etc. Cette Convention reposerait sur les bases suivantes :

1° La déclaration de tout cas de choléra, de fièvre jaune ou de peste, doit être rendue obligatoire. (*Adopté à l'unanimité.*)

2° Il est nécessaire de créer, au centre de l'Europe, dans un pays neutre, un bureau d'informations qui recevra télégraphiquement l'avis des premiers cas des maladies et des renseignements périodiques sur la marche des endémies ou des épidémies ; il transmettra immédiatement ces renseignements aux États contractants. (*Adopté à la majorité ; 3 voix contre.*)

3° La Convention insistera sur la nécessité de l'assainissement des ports et des différents centres de communication (éloignement rapide des immondices, construction de bons systèmes d'égouts, fourniture d'une eau potable irréprochable, etc.). (*Adopté à la majorité ; 2 voix contre.*)

4° Les États contractants s'efforceront d'empêcher l'embarquement des personnes suspectes de maladies infectieuses, ou des marchandises et effets contaminés. (*Adopté à l'unanimité.*)

5° Les navires partant des foyers épidémiques ou endémiques de ces maladies devront être pourvus, par avance, des moyens d'assurer pendant la traversée l'isolement des malades et la désinfection. (*Adopté à l'unanimité.*)

6° A l'arrivée dans un port d'un navire venant d'un foyer épidémique ou endémique, une inspection sanitaire est obligatoire. (*Adopté à la majorité ; 4 voix contre : 3 Italiens et 1 Allemand.*)

7° Quand il y aura des cas de choléra à bord, les malades seront immédiatement débarqués et isolés. (*Adopté à l'unanimité.*)

Les suspects seront gardés en observation jusqu'à ce que le diagnostic se soit affirmé. (*Adopté par* 45 *voix contre* 21).

8° Le navire sera tenu en observation le temps nécessaire pour en assurer la désinfection et pour donner la certitude qu'il n'existe plus à bord de foyer de contagion. (*Adopté à l'unanimité*).

9° Il sera établi, avant l'entrée dans le canal de Suez, une surveillance sanitaire internationale, au moyen d'agents désignés par le conseil sanitaire international d'Alexandrie, réorganisé, ayant le droit d'imposer les mesures nécessaires à la sécurité de l'Europe. (*Adopté par* 36 *voix contre* 23.)

A propos de la désinfection des chiffons, M. A. J. *Martin* (de Paris) fait connaître les recherches qu'il a entreprises sur la désinfection des chiffons par la vapeur sous pression. Les divers rapporteurs se mettent d'accord pour soumettre à l'adoption de leurs collègues les propositions suivantes qui ne soulèvent aucune discussion.

1° La désinfection des linges et vieux vêtements souillés par des matières contagieuses doit être déclarée obligatoire;

2° Les chiffons et rebut des matériaux de pansement dans les hôpitaux doivent être détruits;

3° Les balles de chiffons ne pourront circuler qu'à la condition d'être comprimées et cerclées sur une enveloppe en toile solide désinfectée;

4° En temps d'épidémie, l'exportation des chiffons doit être interdite dans les pays foyers d'infection;

5° On interdira l'importation des chiffons provenant des pays qui ne mettent pas ces mesures en pratique.

La 4e section du Congrès devait être consacrée à l'examen de questions qui n'avaient pas fait l'objet de rapports préalables. Ainsi, M. *Teissier* (de Lyon) a exposé *la nature et les voies de propagation de la diphthérie;* M. *Longuet* (de Paris) les *rapports de la diphthérie avec les fumiers*. La section a également discuté l'*hygiène des chemins de fer* et *l'alcoolisme*.

Dans la séance de clôture du Congrès, deux conférences ont été faites, l'une par le Dr *Corradi* (de Pavie), sur la congénité dans ses rapports avec l'histoire, l'anthropologie et l'hygiène; l'autre par M. *Van Inama-Sternegg* (de Vienne), sur le développement de la population de l'Europe depuis mille ans.

Nous terminons ici cette rapide analyse des travaux du Congrès de Vienne, dont tous les Français garderont un fort agréable souvenir.

VARIÉTÉS

—

TROUSSEAU.

Discours prononcé à Tours par le professeur Peter.

(Suite et fin.)

Trousseau avait les deux qualités fondamentales du médecin qui sont d'avoir un bon cœur et du bon sens; un bon cœur pour faire le bien, du bon sens pour le bien faire. C'était le médecin français, bien français par la justesse de l'esprit, la netteté des idées, la précision du langage, la clarté de l'exposition; et tout cela ainsi que Rabelais et Balzac; — ces grands écrivains si français, — il le devait à ce fait d'être né au cœur même de notre pays, en Touraine, en cette heureuse contrée, en ce riant jardin de la France où tous ces dons sont comme des qualités de terroir.

J'ai dit que Trousseau était bon, — c'est à l'hôpital surtout, c'est au lit du malade pauvre qu'on pouvait apprécier l'étendue de sa bonté. Dès son entrée dans la salle, son grand air, sa haute taille imposaient tout d'abord le respect; mais l'aménité de sa parole, la bienveillance de son regard, si doux, rassuraient et attiraient. Et quels égards il mettait dans l'examen, et avec quelle décence, même pour les femmes qui en ont le moins.

Ses bienfaits sont sans nombre; mais il en est un que son libraire et moi seuls connaissons, que je veux vous révéler. La *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* venait de paraître; son éditeur, M. Baillière, porte à Trousseau les honoraires qui lui sont dûs. « Reprenez cet argent, dit Trousseau, et faites-en deux parts, l'une sera donnée par vous à un médecin des plus dignes et des plus pauvres, que l'injustice dont il vient d'être victime dans un concours d'agrégation a jeté dans le désespoir. L'autre part, vous la porterez à un de mes anciens élèves, l'un des créateurs de l'histologie en France, et que sa science ne réussit pas à mettre à l'abri du besoin. Allez ! et que ni l'un ni l'autre ne sache qui vous envoie. C'est un anonyme qui veut réparer l'injustice des hommes et de la fortune. » Le difficile fut de faire accepter le bienfait; ni l'un ni l'autre ne le voulut sans connaître le bienfaiteur. M. Baillière se décida à en divulguer le nom, mais à cette condition, dictée par Trousseau, que, pour tout remerciement, chacun d'eux irait un matin presser la main du maître, à son service de l'Hôtel-Dieu. Ce qui fut fait.

Aujourd'hui le donateur comme les donataires ne sont plus; il en est ainsi de celui qui fut leur intermédiaire. Moi seul reste qui connaisse cet acte de générosité si touchante. Eh bien! laissez-moi

partager avec vous ce secret, que je ne veux pas garder plus longtemps.

Vers 1865, la santé de Trousseau s'altéra, et il crut devoir quitter la clinique de l'Hôtel-Dieu pour reprendre sa chaire de thérapeutique. Il y retrouva pendant deux ans ses succès d'autrefois.

C'est le 1er janvier 1867, alors que j'allais lui porter mes souhaits du nouvel an, qu'il me dit avec une tristesse résignée : « Je suis perdu, une phlegmatie, qui vient de se déclarer cette nuit, ne me laisse plus aucun doute sur la nature de mon mal. » Il disait vrai.

C'est Trousseau qui a découvert le rapport de la thrombose de la jambe avec le cancer de l'estomac. Et voici qu'il constatait sur lui-même la réalisation de ce rapport, comme la réalité de sa découverte.

Sa vie ne fut plus dès lors qu'une longue torture ; mais les souffrances physiques déprimaient ses forces sans troubler sa sérénité ; c'est en savant qu'il parlait de son mal, en stoïcien qu'il le supportait. Je n'ai jamais vu spectacle d'une plus émouvante grandeur.

Cependant la maladie suivait son cours, irrémissible, mais dans ces épreuves suprêmes, Trousseau était constamment soutenu par l'inépuisable dévouement de sa femme et de sa fille, de sa fille adorée, sa vivante image par l'esprit et par le cœur. Alors, Deguerry, curé de la Madeleine qui, d'officier de cavalerie, s'était fait prêtre et devait terminer son apostolat par le martyre, apprenant que Trousseau, son paroissien virtuel, était en péril de mort, lui fit demander s'il pourrait être reçu par lui. « Qu'il vienne, dit Trousseau, nous parlerons ensemble de l'immortalité de l'âme. » Le prêtre vint et fut charmé par le philosophe.

Leurs entretiens se repétèrent, dans lesquels étaient abordés les problémes les plus élevés des doctrines spiritualistes.

Ce fut une fin à la Socrate.

Trousseau mourut le 23 juin 1867.

NÉCROLOGIE

—

Bassereau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1835), vient de mourir dans son domicile de la rue de Tournon, ayant depuis quelque temps cessé d'exercer la médecine. Sa thèse de doctorat a été remarquable en ce sens qu'elle attirait l'attention sur un point de symptomatologie inconnu. Elle avait pour titre : *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales* (29 avril 1840). Bassereau, pendant son séjour comme interne dans les services des vénériens et de St-Louis, avait élucidé une question importante sur la

pathologie cutanée et syphilitique, et il développa ses idées dans son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis* (1852). Il fit sur la pathologie vénérienne des cours qui ont été très suivis. Son dernier opuscule (1873) avait pour titre : *Origine de la syphilis*. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Le Dr Riembault, médecin de l'Hôtel-Dieu de St-Étienne, correspondant de l'Académie de médecine.

Le Dr Johannet: de Chelles (Seine-et-Marne), reçu en 1853, décédé le 31 octobre.

Le Dr Jules Bara, le doyen des médecins de Tournai, chirurgien honoraire de l'hôpital de cette ville, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir le 21 août, à l'âge de 81 ans.

Le Dr A. Wahu, médecin principal en retraite, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à St-Pons, près Nice, à l'âge de 85 ans. Ce très estimé confrère a publié un grand nombre d'ouvrages parmi lesquels une traduction des *Aphorismes d'Hippocrate* (1843), un *Mémorial thérapeutique et pharmaceutique* (1846), les *Annuaires de médecine et de chirurgie pratiques*, en collaboration avec Jamain, de 1846 à 1865, une brochure *sur l'emploi et l'action de l'arsenic en médecine* (1865) et un ouvrage de polémique religieuse, le *Pape et la Société moderne*, dans lequel il combattait vigoureusement le Syllabus et l'Encyclique du 8 décembre 1864 et le célibat ecclésiastique et monacal. Au moment de sa mort, il venait de mettre la dernière main à une traduction de la *Bibliographie de la médecine espagnole*, contenant les biographies des nombreux médecins juifs et arabes qui ont vécu en Espagne du IXe au XVe siècles.

Le Dr Pierre Bertrand, ancien directeur de l'École de Médecine de Clermont-Ferrand, officier de la Légion d'honneur, fils de M. Michel Bertrand, l'un des créateurs de la station thermale du Mont-Dore, décédé à l'âge de 81 ans.

Le Dr Bernard Kraus, rédacteur en chef de la *Allgemeinen Wiener medicinischer Zeitung*.

NOUVELLES

L'inspectorat général des pharmacies. — M. Galippe ayant écrit au Ministre du commerce et de l'industrie pour s'informer de la réalité de la création d'une inspection générale des pharmacies, création qui avait étonné toute la presse, a reçu du ministre la lettre suivante :

Paris, le 27 octobre 1887

Monsieur, en réponse à votre lettre du 20 octobre, je m'empresse de vous faire connaître qu'il n'a pas été nommé d'inspecteur général des pharmacies, ainsi que la nouvelle en a été inexactement donnée dans un certain nombre de journaux.

J'ajoute que cet emploi n'est prévu ni dans l'organisation actuelle du service d'inspection des pharmacies, telle qu'elle résulte des lois exis-

tantes, ni dans le projet de réorganisation présenté par le gouvernement.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération,

Le ministre du commerce et de l'industrie,

Lucien Dautresme.

A M. Galippe, rédacteur du *Journal des Connaissances médicales*.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de pathologie interne.* — M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne, le samedi 12 novembre 1887, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis suivants à la même heure.

— *Cours d'anatomie pathologique.* — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le vendredi 11 novembre 1887, à 5 heures de l'après-midi, à la Faculté (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'Ecole pratique, à 1 heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au 2e étage).

M. le professeur Cornil fait des autopsies tous les jours (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — Consulter à ce sujet l'affiche concernant la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 10 novembre, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour : 1° M. Paul Berbez : Note sur un cas de sciatique déformante ; 2° M. Morel-Lavallée : vergetures thoraciques ; 3° Communications diverses.

Bulletin de la mortalité *du* 23 *au* 29 *octobre* 1887. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 30. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 37.

Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 38. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 64.

Bronchite aiguë et chronique, 51. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 69.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 60.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 32. — Suicides et autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 151. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 862. — Résultat de la semaine précédente : 895.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 132 Jeudi 10 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 9 novembre 1887.

La séance de l'Académie s'est terminée hier par un comité secret dans lequel M. Laboulbène devait lire un rapport sur les candidats au titre de correspondant (1re division). Mardi prochain seront lus les rapports de MM. Laborde et Lannelongue sur les candidats dans la section d'anatomie et physiologie et dans la section de pathologie chirurgicale, ce qui nous promet, pour le 22 novembre, une émouvante séance d'élection.

Hier, tout l'intérêt portait sur une spirituelle et virulente réponse de M. Alphonse Guérin à M. Hervieu, à propos de l'adéno-phlegmon juxta-pubien et du phlegmon du ligament large. M. A. Guérin a dit à M. Hervieu et a cherché à démontrer que ses opinions ne reposaient sur aucune preuve. M. Hervieu répondra dans la prochaine séance. Quel que soit le résultat de la discussion, il n'est pas téméraire d'affirmer que les deux adversaires conserveront absolument intactes leurs opinions respectives. A. Ch.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Professeur Grancher suppléé par M. le Dr Hutinel.

Observations de deux cas de purpura hémorrhagique suivis de gangrène (1)

Par M. Martin de Gimard,
Interne des hôpitaux.

(Suite et fin.)

2 octobre. A une heure et demie de l'après-midi hémorrhagie intestinale nouvelle : trois verres de sang rouge. Elle s'accompagne de refroidissement de tout le corps.

(1) Voir *France médicale*, 3, 5 et 8 novembre 1887.

N. B. — Une erreur de mise en pages a fait placer à la fin du dernier article de M. Martin de Gimard, 23 lignes qui devaient venir plus loin et qui se trouvent reproduites à leur véritable place dans ce numéro.

Une demi-heure après le début de l'hémorrhagie, vomissements verts qui se répètent plusieurs fois.

Des taches purpuriques sont apparues sur le genou gauche et sur la main droite (face dorsale, paume et principalement les doigts.)

Traitement : Glace ; injection d'ergotine ; après celle-ci l'hémorrhagie intestinale s'est arrêtée. Le perchlorure de fer est de nouveau prescrit. La température est tombée à 36°,5 le matin ; 36°,8 le soir.

Le 3. Dans la nuit des taches purpuriques apparaissent sur la main gauche (face dorsale, paume et surtout doigts), sur les deux pieds (face dorsale plantaire et principalement au niveau des orteils). Taches ecchymotiques violacées également symétriques, siégeant sur le pavillon des oreilles.

La croûte qui existait sur le coude droit est remplacée maintenant par une eschare sèche, noire, au milieu de laquelle la croûte forme une dépression. En outre, la luette est le siège d'un sphacèle qui comprend la muqueuse de la face antérieure.

Vu le voisinage du premier malade dont nous avons rapporté l'histoire, on peut se demander s'il n'y a pas eu transport des germes de la gangrène de l'un à l'autre.

Taches ecchymotiques sur le coude gauche. Les ulcérations de la muqueuse de la lèvre inférieure sont devenues profondes et d'autres ulcérations sont apparues, correspondant toujours à des saillies dentaires. Il en existe sur la muqueuse de la lèvre inférieure intermédiaires aux deux autres, répondant à la saillie d'une dent de la mâchoire supérieure.

Deux ulcérations se trouvent sur la muqueuse des joues et semblent produites par la pression de molaires de la mâchoire supérieure.

Aspect adynamique du malade : narines pulvérulentes, appétit conservé ; soif vive ; un peu d'abattement et de tendance au sommeil.

Cœur, poumon, rien d'anormal ; rien non plus dans les urines. T. m. 36°6 ; s. 37,5.

Le 4. Un seul vomissement de matières vertes. T. m. 37° ; s. 37°,8.

Le 5. Douleurs vives spontanées et provoquées par la pression au niveau des deux malléoles du pied gauche, et de la malléole interne du pied droit. En ces points on voit des taches ecchymotiques entourées d'un peu d'œdème inflammatoire. Aucune douleur au niveau des articulations.

Pas d'albumine dans les urines ; vomissements porracés. T. m. 38°, s. 38°,5.

Traitement : Champagne glacé ; lavages de la bouche avec la solution boriquée.

Enveloppement des membres avec l'ouate salicylée pour éviter le sphacèle des ecchymoses enflammées.

Le 6. Ventre tendu douloureux à la pression. Dans l'après-midi deux selles noires, extrêmement fétides, ne contenant pas de sang. Les vomissements ont cessé.

Traitement : Champagne glacé, sulfate de quinine. T.m. 38°; s. 39°.

Le 7. Diarrhée, cinq selles très abondantes et très fétides. L'eschare de la luette tend à s'éliminer. L'eschare du coude droit augmente au contraire. Ganglions axillaires un peu gros et douloureux. T. m. 38°,6 ; s. 39°,4.

Traitement : Salicylate de bismuth, 8 gr.; champagne.

Le 8. Délire dans la nuit. Douleur au niveau de l'articulation de l'épaule droite; peut-être un peu de tuméfaction. T. m. 38°,1; s. 38°,5.

Le 9. Délire très marqué et dans la nuit et ce matin. L'enfant parle sans cesse.

Traitement : Salicylate de bismuth, 10 gr. ; toujours pas d'albuminurie. T. m. 38°,9 ; s. 39°,4.

Le 10. Délire dans la nuit : il croit qu'on veut le jeter dans le feu. Pas de diarrhée depuis trois jours. Un lavement ramène des matières vertes.

Avec le perchlorure de fer on constate qu'il y a dans les urines une grande quantité d'acide salicylique. Craignant que les accidents nerveux ne fussent imputables à l'acide salicylique, on remplace le salicylate de bismuth par le sous-nitrate de bismuth, 2 gr.

Au niveau du genou droit il y a quatre phlyctènes, chacune de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Elles siègent au niveau des ecchymoses. T. m. 38°; s. 39°,6.

On prescrit 30 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 11. Gonflement des articulations du genou droit, du cou-de-pied du poignet droit et de la hanche droite.

Les téguments au niveau des articulations n'ont pas changé de coloration. Hydarthrose ou tout au moins épanchement dans ces articulations (choc rotulien). Douleurs spontanées et provoquées par la pression et les mouvements. Arthrite également tibio-tarsienne gauche. Il se plaint de souffrir du talon gauche; on y trouve une ecchymose récente. Sur le genou gauche sont apparues quelques vésicules remplaçant des taches ecchymotiques. La douleur et le gonflement de l'épaule droite ont disparu presque entièrement.

L'eschare du coude droit est éliminée; il reste à la place une plaie arrondie, peu bourgeonnante, qu'on touche avec la solution phéniquée au vingtième et qu'on panse avec la vaseline iodoformée.

Les ulcérations de la bouche s'améliorent. L'eschare de la luette est tombée, entrainant seulement la muqueuse de la face antérieure.

Langue sèche, soif vive. Pas de diarrhée ni de vomissements; rien au cœur; pas d'augmentation du foie et de la rate; pas d'albuminurie dans les urines.

En examinant les battements des différentes artères des membres, on ne trouve aucune anomalie. Hier délire toute la journée et jusqu'à dix heures du soir. Ce matin l'intelligence est revenue. T. m. 38°,6; s. 38°,8.

Le 13. Le délire a cessé ; un peu de diarrhée, trois selles. Dilatation des deux pupilles. Elles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommodation. Œdème de la main droite. Pas d'albumine ni de sucre. T. m. 38°,5 ; s. 39°,0.

Le 14. Eschare du diamètre d'un franc au point du talon gauche où il y avait une ecchymose; au point symétrique du talon droit eschare du diamètre d'une pièce de cinq francs. Ces eschares sont peut-être dues à la pression des talons sur le lit?

La nuit a été mauvaise ; ce matin il se plaint beaucoup de ses jointures et de ses eschares. T. m. 40°,2 ; s. 40°,1.

Traitement : Sulfate de quinine, 1 gr.

Le 15. Abattement très grand. T. m. 40°,3; s. 37°,2.

Le 16. Mort dans le coma à dix heures du matin. T. 40°,2.

Autopsie. — Poumons congestionnés, mais pas de pneumonie. Adhérences nombreuses de la plèvre droite, mais elles sont récentes et se laissent facilement rompre pour enlever le poumon.

Les vaisseaux sous-pleuraux sont très injectés des deux côtés. Deux cuillerées à café de sérosité sanguinolente dans le péricarde. Les vaisseaux sous-péricardiques sont aussi fortement injectés.

Aucune lésion du cœur. Pas d'endocardite valvulaire, ni du cœur gauche, ni du cœur droit. Coloration du myocarde un peu pâle. Volume normal. Aorte (crosse, aorte thoracique, abdominale), iliaques, rénales, tronc des mésentériques, radiales, fémorales, ne présentent aucune lésion à la vue après incision. Les tibiales antérieures sont simplement épaissies au niveau du cou-de-pied, point où elles sont entourées par un foyer hémorrhagique, mais pas d'endartérite. Le foie est jaunâtre et gras à la coupe. Bile, coloration normale ; quelques taches purpuriques sur la capsule de Glisson. Poids 980 grammes.

La rate présente trois infarctus dont le plus gros a le volume d'une noisette ; ils siègent dans le tiers supérieur. Elle pèse 140 grammes. Pancréas normal.

Reins congestionnés ; infarctus nombreux irrégulièrement disséminés dans la substance corticale des deux reins et quelques-uns dans la substance médullaire. Ils ont tous le volume d'une tête

d'épingle et sont blanchâtres. Il y en a un plus grand nombre dans le rein droit.

Il y a sur la muqueuse du bassinet du rein droit une ecchymose assez étendue. Poids : rein droit 130 grammes ; rein gauche, 135. Taches purpuriques nombreuses et très petites disséminées sur toute la muqueuse de l'estomac, principalement sur celle de la grande courbure et du pylore.

Quelques taches purpuriques sur la muqueuse du duodénum. Une ou deux dans la première portion du jéjunum ; en un point de celle-ci la muqueuse est ulcérée dans une étendue de deux ou trois millim. et au point correspondant le péritoine est injecté.

Les plaques de Peyer sont un peu tuméfiées comme elles le sont souvent dans les maladies infectieuses. Dans l'intestin grêle on trouve des matières jaunes.

La muqueuse du gros intestin est fortement injectée dans plusieurs endroits, particulièrement au niveau du cœcum. On trouve dans cette partie de l'intestin des scybales jaune noirâtres et très dures. Le péritoine est injecté, mais pas de péritonite. Congestion des méninges et de la substance corticale du cerveau, surtout au niveau du lobe frontal droit. De ce côté, autour de la sylvienne, la pie-mère est épaissie.

Congestion également, mais moins intense, des méninges spinales. Les nerfs musculo-cutanés, au niveau des deux pieds, présentent de petites taches purpuriques disséminées non seulement sur le tronc mais encore sur les premières ramifications du nerf.

Au niveau des deux cou-de-pieds, épanchement sanguin dans la gaine synoviale des muscles de la région antérieure, s'étendant jusque sous la peau et du côté droit, pénétrant dans l'articulation. Le genou droit contient du pus grumeleux avec quelques caillots sanguins. A gauche un peu de congestion de la synoviale sus-condylienne. L'articulation de la hanche gauche est remplie de pus grumeleux.

Les ganglions lymphatiques sont peu volumineux, en général ; cependant les ganglions mésentériques sont augmentés de volume.

Dans ces deux observations la maladie a débuté sans cause appréciable, car nous ne saurions attacher beaucoup d'importance à l'émotion à laquelle les parents du premier des enfants attribuaient son affection. Elle a frappé des enfants tout à fait vigoureux et bien portants jusqu'ici. Les symptômes ont eu une marche rapide et grave et un des malades a succombé avec des phénomènes nettement infectieux. Il nous semble que nous pouvons ranger ces deux cas au nombre des cas de purpura infectieux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° un travail manuscrit de M. le Dr Cavaillon (de Carpentras), intitulé variole et antisepsie ; 2° une lettre de M. le Dr Pellerin (de Nantes) relative à l'hypnotisme ; 3° une lettre de M. le Dr Culot (de Maubeuge), ancien interne des hôpitaux de Paris, priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté).

M. *Rochard* présente de la part de M. le Dr Aubert, médecin-major de 1re classe, la *Relation manuscrite d'une épidémie d'oreillons qui a sévi sur le 23e régiment d'infanterie*, du mois de juin au mois d'août 1887.

M. *Vallin* présente de la part de M. Geschwind, médecin-major à Nevers, la relation d'une épidémie de scarlatine qui a atteint 190 hommes du même régiment.

PRIX LEFÈVRE. — M. *Blanche* lit le rapport sur le concours du prix Lefèvre. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

M. *le président* annonce que l'Académie se formera en comité secret à la prochaine séance pour entendre le rapport de M. Laborde, sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, et le rapport de M. Lannelongue, sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale.

L'INAUGURATION DU MONUMENT DE LA TOURAINE. — M. *L. Labbé*, sur l'invitation de M. le président, lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, lors de l'inauguration du monument élevé à Tours, à Bretonneau, Velpeau et Trousseau. Ce discours est accueilli par de nombreux applaudissements.

MORT D'UN CORRESPONDANT. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Riembault, correspondant de l'Académie à St-Étienne, depuis l'été dernier.

ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN. — M. *A. Guérin* répond au travail lu dans une précédente séance par M. Hervieu et aux critiques dirigées contre sa théorie de l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Il cherche à démontrer que, dans aucune des cinq observations rapportées par M. Hervieu, il ne s'agissait en réalité de phlegmon du ligament large.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret.

Congrès de Toulouse.

Le seizième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est ouvert le jeudi 22 septembre, à Toulouse, sous la présidence de M. le Dr Rochard.

A cinq heures, les sections se réunissent aux Jacobins pour l'élection des bureaux et la fixation de l'ordre du jour. La douzième section (sciences médicales) a élu ainsi son bureau :

Président : M. Pamard (d'Avignon).

Président d'honneur : M. Thiriar (de Bruxelles).

Vice-présidents : MM. Grasset (de Montpellier), Bernheim (de Nancy), Caubet (de Toulouse), Labéda (de Toulouse), Duplouy (de Rochefort), Gosse (de Genève).

Secrétaires : MM. Petit L.-H. (de Paris), Œttinger (de Paris), Tyssier (de Paris), Secheyron (de Paris), Bézy (de Toulouse).

M. *Carre* (d'Avignon) lit une observation de *laparotomie chez une malade tuberculeuse* chez laquelle il fut obligé de pratiquer un anus contre nature. Peu de jours après, la malade succombait à une phthisie galopante, bien que les suites de l'opération aient été très satisfaisantes. L'auteur se demande si l'opération a été préjudiciable à la malade.

M. *André* (de Toulouse), après avoir rappelé les travaux de MM. Le Roy de Méricourt et Tison, cite à son tour un cas de *Chromhydrose rose* développée sur les poignets. L'examen microscopique a révélé dans cette substance la présence de lamelles épidermiques et quelques granulations roses isolées.

M. *Gosse* (de Genève) raconte qu'il a vu deux cas dans lesquels, chez des *pendus*, le sillon était perpendiculaire au lieu d'être oblique, comme il est d'habitude ; il n'existait dans aucun de ces cas d'ecchymoses sous-pleurales. L'auteur a alors fait l'expérience sur lui-même au moyen d'une fourche, et deux fois il est arrivé à la perte de connaissance, commençant par des bourdonnements et de la chaleur à la tête ; il n'a jamais ressenti de sensations agréables ou désagréables. La mort est due à la congestion cérébrale causée par la compression des vaisseaux du cou, révélée à l'autopsie par des ecchymoses méningées et péricraniennes. On comprend l'énorme importance de ce fait au point de vue médico-légal.

M. *Thiriar* (de Bruxelles) lit une longue et importante communication ayant pour titre : *Ectopie testiculaire abdominale suivie de dégénérescence sarcomateuse*. Le résultat de ces observations est que la castration préventive doit être pratiquée chez l'adulte pour le testicule en ectopie, car celui-ci expose à des dangers et ne sert à rien.

M. *Jeannel* (de Toulouse) trouve que c'est se hâter que de pratiquer la castration avant que le testicule soit devenu sarcomateux.

M. *Pamard* (d'Avignon) croit que si l'on attend que le testicule soit pris, il faut alors agir sans retard. Un de ces malades qui, refusa l'opération, présenta du sarcome généralisé trois mois plus tard.

M. *Thiriar* croit que chez l'enfant il faut attendre, parce que le testicule peut reprendre sa place. Chez l'adulte, il faut agir.

M. *Secheyron* dit que la même situation existe dans l'hématocèle et chez les porteurs de grosses hernies. Faut-il agir aussi dans ces cas ?

M. *Duplouy* (de Rochefort) vante les bons résultats de la *désarticulation du genou*, et montre, à l'appui de son dire, un homme opéré depuis seize ans, et qui fait facilement plusieurs lieues par jour. Le moignon est excellent, et l'opéré présente un durillon au niveau du condyle externe.

M. *Pamard* a vu un cas heureux et un qui le fut beaucoup moins. Il y eut sphacèle du moignon et mort.

M. *Duplouy* fait observer que l'opération n'est indiquée que quand on est sûr que l'état de la peau permettra de faire un moignon irréprochable.

M. *Monod* (de Pau) cite trois observations personnelles de femmes chez lesquelles il a pratiqué l'*avortement par la méthode de Kraus* à laquelle il donne la préférence sur les autres à cause des avantages suivants : simplicité d'application, sûreté d'action, rapidité, innocuité.

M. *Jeannel* (de Toulouse) lit une observation de *pyo-salpyngite tuberculeuse*, et insiste sur les difficultés du diagnostic. L'auteur se préoccupe surtout du traitement et de la nécessité de détruire le germe qui, sans cela, repullulera ; aussi les injections d'éther iodoformé donneraient-elles peut-être de bons résultats.

M. *Joal* (du Mont-Dore) présente un *spiromètre* de son invention, composé de deux vases de Mariotte superposés et d'une construction très simple.

M. *Ferry de la Bellone* (d'Apt) communique une note dans laquelle il indique les moyens de reconnaître la présence de très petites quantités de *sang* recueillies sur des pierres, de la terre, des instruments, du linge. L'auteur insiste sur les services rendus par l'examen microscopique. Il développe aussi toute une technique spéciale fort importante en médecine légale.

M. *Bergeon* (de Lyon) adresse une note au sujet des *lavements gazeux* dans les affections des voies respiratoires.

M. *André* (de Toulouse) lit deux observations personnelles dans lesquelles il a vu deux malades porteurs d'*anévrismes traités par les iodures*, qui ont donné des résultats excellents ; le premier avait un

anévrisme du tronc cœliaque ; l'autre une véritable diathèse anévrismale ayant débuté par un anévrisme du creux poplité, traité avec succès à Paris.

M. *Moure* (de Bordeaux) parle des *troubles de la voix dans la laryngite aiguë*. Il fait un parallèle entre les lésions qui constituent le gonflement, la rougeur, le catarrhe, qui produisent l'enrouement uniforme, et les troubles musculaires qui expliquent les variations brusques du timbre de la voix au cours de l'affection. Les muscles atteints sont l'aryténoïdien transverse et les thyro-arythénoïdiens. Ils sont parésiés ou paralysés.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 14 au 19 novembre 1887.

Lundi 14. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Reynier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Guyon, Delens, Maygrier.

Mardi 15. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Legroux, Ballet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Le Fort, Tarnier, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Richet, Panas, Bouilly.

Mercredi 16. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, Brissaud.

Jeudi 17. — 3e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Quinquaud. — 3e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Bouchard, Legroux, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. Peter, Fernet, Hutinel.

Vendredi 18. — Médecine opératoire : MM. Trélat, Guyon, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Budin, Delens, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Fournier, Chauffard.

Samedi 19. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Proust, Peyrot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Fort, Panas, Campenon.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 16, à 1 heure. — M. ROULLAND : Quelques faits de paralysie des nouveaux-nés. *Président* : M. Damaschino. — M. GUERTIN : De la pellagre symptomatique.

Président : M. Damaschino. — M. Maschat : Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose. *Président :* M. Lannelongue.

NÉCROLOGIE

Le Dr Reeb (Florent-Théophile), médecin principal de 1re classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Neuilly-sur-Seine, le 5 novembre, à l'âge de 63 ans.

M. Garnier, pharmacien, professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — M. le Dr E. Cruveilhier vient de donner sa démission de chirurgien des hôpitaux de Paris.

Bureaux de bienfaisance. — Le concours pour 35 places de médecins des bureaux de bienfaisance s'est ouvert, comme nous l'avons annoncé, le lundi 7 novembre. Le jury est composé de MM. les docteurs Fèvre, Gervais, Perrin et Trepenard et de M. Mourlan.

La composition écrite a eu lieu sur le sujet suivant : *De la délivrance artificielle; conduite à tenir dans les différents cas.* La lecture des copies a lieu tous les jours, sauf les jeudis et dimanches, à 1 heure et demie. Les candidats, qui d'ailleurs sont prévenus le matin même, passent le jour même toutes les épreuves, ce qui leur cause un seul dérangement.

École de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1888, à la faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

École de médecine de Grenoble. — Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1887 à la faculté de Lyon pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1888.

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. Guimberteau.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Tourneux, professeur d'histologie, à Lille. M. Moniez, professeur d'histoire naturelle médicale, à Lille.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Looten, médecin des hôpitaux de Lille. M. Derville, médecin des hôpitaux de Roubaix. M. Wertheimer, chirurgien des hôpitaux de Lille. M. Pouchet, profes-

seur agrégé à la faculté de médecine de Lille. M. Cochet, chef de clinique de la faculté de médecine de Lille. M. Brun, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris. M. Queνu, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Thibaut, professeur agrégé de la faculté de Lille. M. Ozil.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Netter, chef de clinique à la faculté de médecine de Paris. M. Siredey, chef de clinique à la faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — *Conférences de pathologie externe.* — M. Campenon, agrégé, commencera ces conférences, le jeudi 10 novembre 1887, à 5 heures (Petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— *Conférences de pathologie interne.* — M. Troisier, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 11 novembre 1887, à 4 heures (Petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— *Cours de médecine opératoire.* — M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire, le samedi 12 novembre 1887, à 4 heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Clinique d'accouchements et de gynécologie.* — M. P. Budin, agrégé, chargé du cours, commencera le cours d'accouchements et de gynécologie le samedi 12 novembre 1887, à 9 heures du matin (Clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Ordre du cours. — Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre ; Visites des malades tous les matins à 8 heures et demie.

— *Conférences d'histoire naturelle médicale.* — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ces conférences, le samedi 12 novembre 1887, à 2 heures (Grand amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Anatomie* (Cours du chef des travaux). — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera ce cours, le lundi 14 novembre 1887, à 4 heures (Grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Anatomie des régions. — Les membres.

— *Conférences de physiologie.* — M. P. Reynier, agrégé, commencera ces conférences, le mardi 15 novembre 1887, à 3 heures (Petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Digestion, absorption, sécrétions, nutrition, circulation,

— *Cours de clinique médicale* (Hôpital Necker). — M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le vendredi 11 novembre 1887, à 9 heures et demie, à l'Amphithéâtre de médecine de cet hôpital et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques* (Hôpital Saint-Louis). — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 11 novembre 1887, à 9 heures du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours. — Les mardis : Leçons au lit des malades ; les vendredis ; Leçons à l'Amphithéâtre (10 heures).

— *Clinique chirurgicale* (Hôpital de la Charité). — M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale, le mercredi 16 novembre 1887, à 10 heures.

Les mercredis et vendredis : Leçons à l'amphithéâtre et opérations, à 10 heures. — Les lundis : Maladies des femmes et études de pièces au laboratoire.

Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades, à 9 heures.

— *Cours libre de pathologie interne.* — M. Legroux, agrégé libre, commencera ce cours, le mercredi 16 novembre 1887 (Petit amphithéâtre), à 8 h. 1/2 du soir, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Programme du cours. — Etiologie, pathogénie, signes, traitement et prophylaxie des maladies principales de l'enfance.

— *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à 4 heures (Petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Maladies des femmes. — Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons, sur les maladies des femmes, à sa Clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 14 novembre, à une heure. Examen des malades tous les lundis à la même heure.

Voies urinaires. — Le Dr H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire lundi 14 novembre, à 6 heures, Amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours d'accouchements, — M. le Dr Fournel fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté, le jeudi, à 8 heures. Un nouveau cours commencera le lundi 14 novembre.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 133 Samedi 12 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur le napthol comme médicament antiseptique

Par M. le professeur Ch. Bouchard (1).

Je désire entretenir l'Académie de recherches que je poursuis déjà depuis deux années et qui m'ont amené à introduire dans la thérapeutique un nouvel agent antiseptique, le naphtol β. Ce n'est pas que ce naphtol n'ait déjà été employé comme médicament, ni qu'on ait ignoré jusqu'à ce jour ses propriétés antiseptiques, mais son usage était resté limité au traitement local de certaines maladies de la peau. Il était employé associé à des savons ou à des onguents ; encore, n'en usait-on qu'avec une extrême réserve, en raison de son excessive toxicité. On ne l'avait pas encore administré à l'intérieur.

J'ai déterminé et mesuré le pouvoir antiseptique du naphtol et son pouvoir toxique ; et de cette double notion j'ai été amené à conclure que le naphtol mérite, pour certains objets, d'être préféré à tous les antiseptiques actuellement connus. Ce qui lui vaut cette supériorité, c'est sa très faible solubilité.

Pour désinfecter une surface facilement accessible, les antiseptiques solubles suffisent et l'on n'a que l'embarras du choix ; pour pratiquer l'antisepsie générale, il faudrait de toute nécessité un antiseptique soluble ; mais on n'en possède pas encore qui puisse être introduit dans le sang à dose suffisante pour entraver la vie des microbes sans compromettre la santé ou la vie du malade.

Pour l'antisepsie dans l'épaisseur d'un tissu ou pour celle des cavités difficilement accessibles, où l'on ne peut pas pratiquer des lavages continus, les antiseptiques insolubles, ou du moins difficilement solubles, peuvent seuls être employés avec avantage. Ils doivent être

(1) Communication à l'Académie des sciences.

préférés pour le traitement interstitiel de certaines maladies de tissus, pour l'antisepsie des cavités séreuses, et surtout pour l'antisepsie du tube digestif que j'ai surtout en vue dans cette étude. Seul, un antiseptique insoluble, soustrait à l'absorption par son insolubilité, restera partout présent dans toute la longueur du tube digestif et pourra être administré à dose suffisante pour rendre impossible toute fermentation, sans qu'on ait à redouter son action générale sur l'économie dans laquelle son insolubilité l'empêche de pénétrer. Ce sont là les raisons qui m'avaient fait préférer le salicylate de bismuth et l'iodoforme; ce sont celles qu'a invoquées Rossbach quand il a appliqué la naphtaline à l'antisepsie intestinale.

Le naphtol n'est soluble dans l'eau qu'à la dose de 0,2 pour 1000. On peut en dissoudre, par litre, 0 gr. 33 dans l'eau contenant 1 d'alcool pour 1000; 1 gr. dans l'eau contenant 50 d'alcool pour 1000; 2 gr. dans l'eau contenant 200 d'alcool pour 1000. C'est dire que le naphtol est l'un des médicaments les plus insolubles.

Quelle est sa valeur antiseptique? Je l'ai étudiée en cultivant onze microbes différents, comparativement dans des milieux nutritifs additionnés de naphtol en proportions variées, et en déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave ou empêche le développement de chaque microbe, ou qui restreint ou supprime l'un de ses actes fonctionnels.

A la dose de 0 gr. 33 pour 1000 de substance nutritive, liquide comme les bouillons ordinaires, ou solidifiée par la gélatine ou par l'agar, le naphtol empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite de la brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie et de deux organismes de la suppuration, le *Staphylococcus albus* et le *Staphylococcus aureus*.

A la même dose, il retarde beaucoup le développement du bacille de la fièvre typhoïde dont les cultures restent très pauvres, et il entrave un peu la germination du bacille de la tuberculose. J'ajoute que l'urine agitée avec le naphtol en poudre, puis filtrée et exposée à l'air, ne fermente pas; que la matière fécale humaine, qui amène une putréfaction très rapide des liquides de culture, ne fait apparaître qu'un léger louche dans les bouillons additionnés de 0 gr. 40 de naphtol par litre; que les matières organiques en pleine putréfaction, placées dans l'eau additionnée de 0 gr. 20 de naphtol par litre, cessent de se putréfier et perdent rapidement leur fétidité.

J'ai pu rendre la démonstration plus précise et plus saisissante en cultivant, dans des milieux naphtolés, deux microbes qui sécrètent des matières colorantes. L'un est le bacille découvert par Gessart et qui fabrique la pyocyanine, l'autre est un microbe qui est peut-être

nouveau et qui a été découvert par MM. Charrin et Roger dans l'intestin du lapin ; il sécrète une matière verte d'une très belle fluorescence.

Je soumets à l'Académie quatre tubes qui ont été ensemencés en même temps, il y a trois jours, avec la même quantité d'une même culture du bacille de la pyocyanine; chacun de ces tubes contient la même quantité de matière nutritive solidifiée par l'agar-agar. Le premier, qui n'est pas additionné de naphtol, montre une végétation abondante et s'est coloré dans toute son épaisseur, par la pyocyanine.

Un second tube dont le contenu renferme 0 gr. 40 de naphtol pour 1000 a donné une végétation moins étendue ; mais, quoique le microbe y soit fort abondant, on peut voir qu'il n'a pas sécrété de pyocyanine.

Dans un troisième tube qui a reçu 0 gr. 53 de naphtol pour 1000, on distingue à peine quelques colonies de microbes qui n'ont pas donné de traces de pyocyanine.

Dans un quatrième tube, enfin, qui a été additionné de 0 gr. 66 de naphtol pour 1000, il n'y a pas la moindre apparence de végétation.

Les cultures du microbe intestinal qui fournit le vert fluorescent donnent une démonstration aussi frappante.

Dans le tube qui ne contient pas de naphtol, végétation abondante et fluorescence très marquée ; à 0 gr. 40 de naphtol pour 1000, végétation plus restreinte et fluorescence très faible; à 0 gr. 66 de naphtol pour 1000, végétation presque nulle et absence totale de fluorescence.

Ces deux derniers microbes sont, on le voit, plus résistants en présence du naphtol que les microbes pathogènes.

Je fixe à 0 gr. 40 pour 1000 la dose à laquelle le naphtol exerce d'une manière évidente son action antiseptique sur un microbe déterminé, le bacille pyocyanogène, qui m'a servi pour établir comparativement le pouvoir d'autres antiseptiques. Pour produire sur ce bacille la même action entravante, il faut, par litre de culture, 0 gr. 025 de biiodure de mercure, substance réputée l'une des plus antiseptiques. Le biiodure de mercure est donc seize fois plus antiseptique que le naphtol. De la même façon, on arrive à établir que l'acide phénique l'est cinq fois moins, la créosote quatre fois moins, etc. Il est bien entendu que ces chiffres, relatifs au pouvoir comparatif des diverses substances antiseptiques, ne sont valables que si l'on a fait agir ces substances, non seulement sur des microbes de même espèce, mais sur des microbes de même vitalité, puisés au même moment dans la même culture, et semés en même temps et en même quantité dans le même milieu nutritif qui sera ensuite soumis pendant le même temps à la même température.

Le biiodure de mercure étant fort peu soluble et étant seize fois plus antiseptique que le naphtol, on pourrait croire qu'il mérite d'être préféré à ce dernier. Il le mérite assurément pour certains usages spéciaux, mais non pour l'antisepsie intestinale. En effet, en faisant ingérer à un lapin 0 gr. 015 de biiodure de mercure, on peut parfois provoquer la mort, tandis que l'on n'arrive pas à produire ce résultat quand on ne fait pas ingérer une dose de naphtol supérieure à 3 gr. 80 par kilogramme d'animal, ce que nous pouvons exprimer en disant que le naphtol, par la voie stomacale, est 253 fois moins toxique que le biiodure.

Il en résulte que, si l'on administre le naphtol et le biiodure à des doses physiologiques équivalentes, c'est-à-dire capables de faire courir un même risque à l'animal, la dose de naphtol employée sera capable de stériliser quatorze à quinze fois plus de matière que la dose correspondante de biiodure; ce qui revient à dire que le naphtol a une valeur thérapeutique quatorze à quinze fois plus grande que le biiodure.

D'après ce qui précède, la dose de naphtol capable d'être toxique pour un homme de 65 kilog. serait voisine de 250 gr. Or 2 gr. 50 de naphtol par jour suffisent pour réaliser l'antisepsie intestinale.

Introduit sous la peau, le naphtol n'est guère plus dangereux; 1 gr. 55 en solution alcoolique saturée produisent l'albuminurie; la mort résulte de l'injection de 3 gr. par kilogramme d'animal.

En présence d'une si faible nocuité de cette substance, on se demande comment a pu s'étabir la légende de la toxicité du naphtol qu'on dit être capable de produire l'hémoglobinurie, les vomissements, les syncopes, les convulsions éclamptiques. Tout n'est pas faux dans ces accusations. Jamais chez les animaux, même chez ceux que j'ai réussi à tuer par l'énormité des doses, je n'ai observé l'hémoglobinurie; mais j'ai pu produire, à l'aide de certains artifices, l'albuminurie, les secousses musculaires rythmées des pattes, des lèvres et des paupières, la salivation, le coma, la perte des réflexes oculaires, l'arrêt de la respiration et la mort avec conservation des mouvements du cœur. Mais jamais je n'ai obtenu le moindre de ces effets quand je n'ai pas fait ingérer au delà de la dose quotidienne de 1 gr. 10 par kilogramme. Il est vrai que ce qui empoisonne ce n'est pas ce que l'on ingère, c'est ce que l'on absorbe, c'est ce qui pénètre dans le sang. Or le naphtol introduit dans le sang à l'état de dissolution est toxique à peu près au même degré que la quinine et l'acide phénique.

La difficulté est de faire cette introduction.

Quand on injecte dans les veines périphériques une solution alcoo-

lique de naphtol, la précipitation se fait immédiatement, et l'animal meurt d'embolies capillaires du poumon.

Si l'on pratique l'injection par une veine intestinale de manière que les cristaux trouvent dans le foie des capillaires qui les empêcheront d'arriver jusqu'aux poumons, on produit une suppression plus ou moins considérable de l'action du foie, qui cesse de recevoir en totalité ou en partie le sang de la veine-porte, et les phénomènes se compliquent des accidents graves que produit la ligature de la veine-porte.

Enfin, en dissolvant le naphtol dans l'alcool et en diluant par la glycérine, puis en ajoutant le mélange à l'eau chaude, j'ai pu injecter, avant refroidissement complet, des solutions au millième et même au centième. Les premières secousses convulsives se produisent à partir du moment où l'animal a reçu 0 gr. 05 de naphtol par kilogramme. La mort arrive à 0 gr. 08 par kilogramme.

Dans le cours de ces essais de la toxicité du naphtol introduit à l'état de dissolution par la voie intra-veineuse, j'ai reconnu, ce qui est établi déjà pour un si grand nombre de substances toxiques surtout depuis les travaux de M. Roger, que le foie diminue la toxité du naphtol. Pour obtenir les mêmes effets physiologiques, il faut injecter dans la veine-porte une fois et demie ce qu'on injecte dans les veines phériphériques. Ce fait s'explique facilement, le naphtol s'éliminant par les urines, en partie à l'état de naphtol sulfoconjugué, qui est fort peu toxique, et la combinaison sulfurée ayant lieu, suivant toute vraisemblance, dans le foie.

Il restait à déterminer quels effets pourraient résulter de l'introduction, dans le tube digestif, du naphtol à l'état de dissolution.

Une solution de naphtol au centième dans l'alcool, la glycérine et l'eau en telles proportions que l'action toxique ne puisse être imputable ni à l'acool, ni à la glycérine, produit les phénomènes de l'intoxication, tels que je les ai décrits plus haut, quand on a fait ingérer plus de 0 gr. 40 de naphtol par kilogramme, ce qui ferait 26 gr. pour un homme de 65 kg. On voit que si la totalité des 2 gr, 50 de naphtol qui suffisent pour réaliser chez l'homme l'antisepsie intestinale venait à être dissoute dans le tube digestif et absorbée, le sang ne recevrait encore que la dixième partie de ce qui est nécessaire pour produire l'empoisonnement.

Etant connus le pouvoir antiseptique du naphtol et son pouvoir toxique, on peut maintenant le comparer aux autres antiseptiques insolubles. Cette comparaison ressort du tableau suivant ;

	Dose antiseptique. p. 1000	Dose unique toxique. gr.	Dose quotidienne toxique. gr.
Iodoforme	1,27	0,50	0,05
Iodol.............	2,75	2,17	1,24
Naphtaline	1,51	3,40	1,00
Naphtol β.......	0,40	3,80	1,10

La conclusion est évidemment que le naphtol mérite d'être préféré aux autres antiseptiques insolubles, au moins pour réaliser l'antisepsie intestinale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 *novembre* 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

M. *de Saboia*, membre correspondant, dépose sur le bureau de la Société un exemplaire de ses travaux chirurgicaux.

HERNIE CONGÉNITALE ÉTRANGLÉE, AVEC ECTOPIE TESTICULAIRE. OPÉRATION, par M. *Lebec*, RAPPORT. DE LA CURE RADICALE DE LA HERNIE CONGÉNITALE. — M. *Richelot*. Malade de 25 ans, porteur d'une hernie inguinale étranglée. Opéré par M. Lebec. Le testicule était, à l'anneau inguinal externe, atrophié. Le cordon était proéminent dans l'intérieur du sac herniaire. L'étranglement siégeait plus haut. Il fut levé. Le testicule enlevé. Le sac fut réséqué aussi haut que possible.

M. Richelot profite de l'occasion pour parler de la résection du sac dans la cure radicale des hernies.

Il croit, contrairement à un certain nombre d'auteurs, qu'on peut toujours, dans la hernie inguinale, réséquer le sac, sauf dans un certain nombre de cas où le péritoine est adhérent à l'intestin. Ce qui rend la résection difficile, c'est qu'on ne sépare pas toujours le péritoine du sac adventice qui le double.

A propos de la cure radicale des hernies congénitales, M. Richelot dit qu'on peut toujours réséquer le canal séreux vagino-péritonéal, et par conséquent conserver le testicule. Il faut conserver le testicule toutes les fois que le sujet est jeune, et on peut le faire. On ne le sacrifiera que dans les cas où le testicule est en ectopie telle qu'on ne peut pas espérer que le testicule descende dans le scrotum.

Il montre les dispositions variables du cordon dans les différents cas qu'il a observés. Dans les vieilles hernies et chez les adultes, la disposition est la même que dans les hernies non congénitales.

Chez les sujets jeunes, le cordon fait saillie dans le canal. C'est là que gît la difficulté ; or on peut libérer le cordon très facilement, même dans ces cas-là.

M. Richelot est d'avis que l'on doit faire la cure radicale des hernies congénitales le plus tôt possible, parce que l'opération est moins grave et que la possibilité de la cure radicale est plus grande.

M. Richelot rapproche des hernies congénitales les hydrocèles congénitales qui, au point de vue opératoire, se rapprochent des hernies congénitales. En opérant les hydrocèles congénitales, on fait en même temps la cure radicale préventive de la hernie à venir.

M. Richelot joint à ce rapport huit observations personnelles dont cinq se rapportant à des hernies congénitales et trois à des hydrocèles congénitales.

M. *Terrillon* cite trois cas de hernie inguinale congénitale ; il n'enlève pas le sac, mais fait le capitonnage du sac d'après la méthode de Julliard. Pour oblitérer le canal le plus haut possible, j'ai libéré le canal péritonéo-vaginal de chaque côté et j'ai pu l'attirer assez pour que l'oblitération se trouvât au niveau de l'orifice profond du canal inguinal.

De plus le canal péritonéo-vaginal capitonné peut servir à renforcer le canal inguinal.

J'ai un cas de cure radicale qui date de trente-trois mois ; c'était chez un jeune homme de 28 ans qui avait une énorme hernie épiploïque avec ectopie inguinale. Ce malade me demandait de lui conserver son testicule.

Je fis le capitonnage à la partie supérieure. Je mis un tube dans la partie inférieure. Le malade se porte très bien : il porte un bandage insignifiant.

J'ai opéré, en décembre 1885, un homme de 59 ans qui avait un testicule dans la même situation que le précédent. Ici, j'ai enlevé le testicule. Le malade se porte très bien et fait des travaux pénibles.

Dans un troisième cas, le testicule était au fond du sac. Je fis le capitonnage sans réséquer la vaginale. Le malade se porte bien, se livre à des travaux pénibles.

Je dis qu'étant donnée la difficulté de la résection du canal péritonéal, on peut faire une opération simple et facile en faisant le capitonnage.

M. *Lucas Championnière*. Je suis convaincu qu'il faut opérer les hernies congénitales ; quant à enlever le testicule, je crois qu'on peut l'enlever seulement quand il est douloureux, sinon il faut toujours le garder.

M. Richelot dit que l'opération est facile. Je crois que c'est une

opération difficile et beaucoup plus difficile qu'on ne l'a dit. C'est, du reste, l'opinion de Socin.

Les grosses hernies sont plus faciles à opérer que les petites, contrairement à ce qu'on a dit.

Je ne vois pas ce que M. Richelot a voulu dire à propos des hernies congénitales, quand il a dit qu'on n'a pas fait de proposition ferme pour faire la résection du sac. Mais, dans mon livre, j'en cite trois cas où j'ai fait cette résection.

Il faut porter la dissection un peu haut dans le canal pour faire la cure radicale.

La dernière opération que j'ai faite a trait à un cryptorchide dont un testicule venait de temps en temps se montrer à l'anneau.

J'ai fait l'ouverture du canal inguinal et j'ai fini par faire saillir le testicule ; je l'ai attiré en dehors. L'épididyme n'était pas accolé au testicule, je l'ai attiré aussi, puis j'ai réséqué la séreuse au-dessus, et j'ai fixé le testicule au fond des bourses. Cette dernière opération est une opération qui pourra devenir intéressante, car nous pourrons peut-être voir si le testicule descendu au fond du scrotum permet à l'enfant de se développer et d'acquérir la conformation et l'aspect d'un garçon.

La cure radicale n'est pas grave.

L'opération du capitonnage n'est bonne qu'à la condition qu'on porte le capitonnage dans le ventre; autrement, on laisse une amorce de hernie, car l'orifice est défendu non par la ligature du collet, mais par l'épaisseur et la grandeur de la cicatrice qui doit être la colonne de soutien de la hernie. C'est pourquoi j'ai conseillé de placer le bandage au-dessus de la cicatrice et non sur elle.

Compression du nerf radial par un cal volumineux. Libération du nerf radial. — M. *Polaillon* présente un malade qui a été atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus en 1882. Il s'ensuivit une paralysie du nerf radial comprimé par le cal; il fallait le libérer : il a fait l'opération en février 1883. Le nerf radial qui avait perdu ses fonctions les a reprises qu'au bout de deux ans, après beaucoup de séances d'électrisation.

M. *Nimier* présente une luxation récidivante du pouce.

M. *Routier* présente un utérus cancéreux enlevé par l'hystérectomie vaginale.

P. Bazy.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

—

Séance du 13 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. BOUCHARD.

M. *Malécot* fait une communication sur la néphralgie simulant la colique rénale. (V. *France médicale*, n° 125, p. 1509.)

M. *Bouchard*. Parmi les symptômes qui ont été rapportés comme pouvant être le cortège des calculs du rein, M. Malécot n'a-t-il pas signalé les vertiges ? Ceux-ci s'observent en effet quelquefois.

J'ai entendu M. Potain rapporter l'histoire d'un maçon qui, monté sur une échelle, fut pris de vertige, fit une chute qui occasionna la mort et, à l'autopsie duquel l'on découvrit un calcul du rein. Je connais, d'autre part, une dame qui ressent un état vertigineux excessif, accompagné de nausées et de vomissements, dès qu'elle est debout, qu'elle marche ou qu'elle va en voiture, si bien qu'elle est obligée de se rendre par eau à une propriété qu'elle possède à une trentaine de lieues de Paris. J'ai examiné cette dame avec un grand soin et je suis arrivé chez elle à provoquer à volonté le vertige dans le lit en touchant le rein droit. Bien que je n'aie pas constaté directement l'existence de calculs, en raison des phénomènes que je viens de relater et de la présence d'une quantité notable d'oxalate de chaux dans l'urine; je suis arrivé à croire à la possibilité d'une lithiase rénale. Quoi qu'il en soit, je pense que l'on peut admettre dans ce cas, sinon que les vertiges sont d'origine calculeuse, au moins qu'ils sont d'origine rénale.

M. *Legendre*. Je désire prendre l'avis de la Société sur un fait qui m'a frappé. Le salicylate de bismuth est couramment prescrit depuis plusieurs années dans diverses maladies et spécialement dans les affections gastro-intestinales et dans la fièvre typhoïde. J'ai fréquemment l'occasion de l'ordonner dans le service de M. Grancher. Or, depuis quelque temps, j'ai remarqué que, chez les enfants soumis à ce médicament, les urines contiennent une quantité d'acide salicylique aussi grande qu'à la suite de l'injection de salicylate de soude, alors qu'antérieurement j'avais observé qu'elles ne contenaient pas d'acide salicylique ou n'en contenaient que des traces. En même temps, j'ai parfois constaté l'existence de délire et d'un véritable état cérébral. Le pharmacien de l'hôpital, que j'ai interrogé au sujet du salicylate de bismuth qu'il délivre aux malades, m'a appris que fréquemment le salicylate de bismuth est remplacé par un mélange d'acide salicylique et de sous-nitrate de bismuth.

M. *Bouchard*. Il existe deux salicylates de bismuth, l'un basique, l'autre non basique. Tous deux sont instables et dégagent pour ainsi

dire leur acide d'une façon constante. Cela est vrai surtout pour le salicylate de bismuth non basique.

Le salicylate de bismuth n'est pas antiseptique à l'état de salicylate de bismuth. Additionné à des bouillons, il n'empêche point en effet le développement des germes. Il devient antiseptique dès que des fermentations se produisent, parce qu'alors son acide est mis en liberté. Si donc il n'empêche point le commencement des fermentations, il les empêche de continuer.

Lorsque le salicylate de bismuth est isolément administré, les fermentations et putréfactions intestinales se poursuivant, divers acides sont mis en liberté et entre autres l'acide sulfhydrique qui déplace l'acide salicylique. Celui-ci apparaît dans les urines et en même temps l'on note la coloration noire des matières fécales par le sulfure de bismuth.

Si l'on associe le salicylate de bismuth à d'autres substances antiseptiques, l'on a des chances de ne point voir apparaître la coloration noire des matières et de ne point observer la présence d'acide salicylique dans les urines.

Si, chez un malade dont les urines renferment de l'acide salicylique et dont les matières sont teintes en noir par du sulfure de bismuth, l'on administre des antiseptiques, l'on voit l'acide salicylique disparaître des urines et les matières fécales reprendre leur coloration normale.

L'antisepsie intestinale est alors réalisée.

Les secrétaires des séances
A. Gilbert et M. Lebreton.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de physique médicale.* — M. le professeur Gariel commencera le cours de physique médicale, le lundi 14 novembre 1887, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Clinique chirurgicale* (Hôpital Necker). — M. le professeur Le Fort commencera son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 17 novembre 1887, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Tous les jours visite des malades, à 8 heures et demie.

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 14 novembre 1887, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Cours de clinique chirurgicale.* — M. le professeur Richet a repris

son cours à l'Hôtel-Dieu et fait ses leçons les mardis et samedis de chaque semaine à 9 heures et demie.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le professeur B. Ball commencera ses leçons cliniques dimanche matin, 13 novembre, à 10 heures, et les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure. Sa première leçon sera consacrée à la *dipsomanie*.

LA MISSION D'ORIENT. — M. le professeur Trélat et le Dr Barette, son chef de clinique, sont rentrés la semaine dernière de leur voyage scientifique en Orient.

Nos confrères ne se sont pas ménagés pendant leur séjour à Constantinople et ils ont voulu tenir haut le drapeau de la chirurgie française. M. Trélat a pris successivement la parole à la Société de médecine et au Sylloque Hellénique. Sa conférence sur la méthode antiseptique était applaudie par plus de 1,200 auditeurs. M. Barette a pris la parole à l'Ecole de médecine militaire de Stamboul sur l'Antisepsie dans la chirurgie de guerre.

Sa Majesté le Sultan a voulu laisser à nos confrères un souvenir de leur passage ; la veille du départ il a fait remettre à M. le professeur Trélat les insignes de la 3e classe (commandeur) du Medjidié, et à M. Barette ceux de la 4e classe (officier) du même ordre.

(*Concours médical.*)

LE TRANSPORT DES BLESSÉS EN CAMPAGNE. — Samedi ont eu lieu, entre Limoges et Aixe-sur-Vienne, des expériences fort intéressantes de transport de blessés par chemin de fer, faites en présence de M. le médecin principal Delahousse, directeur du service de santé du 12e corps d'armée, de M. Gavoy, médecin en chef de l'hôpital militaire de Limoges, et des médecins-majors des différents corps de la garnison.

Il s'agissait de l'essai d'un appareil pouvant s'adapter aux wagons de marchandises et permettant de les transformer immédiatement en ambulances roulantes d'évacuation.

On conçoit en effet qu'il soit impossible d'imposer aux compagnies un matériel spécial pour le transport des blessés, matériel inutile en temps de paix et qui ne pourrait d'ailleurs servir à rien au moment de la mobilisation

Afin d'utiliser le matériel disponible existant, M. le médecin principal Gavoy eut l'idée d'un appareil à suspension axiale remplissant les conditions essentielles nécessitées par le transport des blessés en temps de guerre.

Il se compose de deux arbres en fer creux, d'un diamètre de 3 centimètre et d'une longueur de 2 mètres. Une des extrémités s'adapte dans un socle muni de lamelles en caoutchouc; l'autre se termine par une fourche que l'on peut élever à l'aide d'un écrou à la main. Chaque arbre porte deux supports en tôle d'acier qui s'abaissent ou se relèvent facilement.

Chacun des deux arbres se dresse verticalement à l'extrémité du wagon. On le fixe en faisant tourner l'écrou à main; on relève ensuite les supports, et, dans cet état, l'appareil est prêt à recevoir, pour chaque

moitié de wagon, quatre brancards accrochés en deux étages et complètement isolés des parois du wagon. Au besoin deux autres brancards peuvent être dressés en face de l'ouverture du fourgon, ce qui permet de transporter 10 blessés par voiture.

Cet appareil a le précieux avantage de permettre la circulation autour des blessés et par conséquent de leur donner tous les soins que leur état exige ; on peut descendre chaque blessé sans déranger les autres.

Le mode de suspension des brancards rend le système très élastique et met les blessés à l'abri des cahots et des trépidations.

Enfin l'appareil s'adapte en trois minutes à tous les modèles de wagons en usage dans les diverses compagnies de chemins de fer.

C'est un progrès réel par lequel l'organisation rapide de trains sanitaires de campagne ne pourra que gagner.

Gynécologie. — Le Dr Doléris commencera un cours public de Gynécologie le mercredi 16 novembre, à 3 heures et demie, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure, 12, rue de Navarre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Traité d'histologie pathologique, par le Dr Edouard Kindfleisch, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Wurtzbourg. Traduit de la sixième édition allemande et annoté par Fr. Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et J. Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1888. Un volume gr. in-8° de XVI-369 pages avec 359 figures intercalées dans le texte. Pris : 15 fr.

Bulletin de la mortalité *du 30 oct. au 5 novembre* 1887. — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 5. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 14. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52.

Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 37. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 47.

Bronchite aiguë et chronique, 62. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 83.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 61.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 38. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 182. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 929. — Résultat de la semaine précédente : 862.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 134 Mardi 15 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Pneumothorax simple, sans épanchement liquide; guérison en quatre semaines (1),

Par le Dr L. Galliard,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. M..., 33 ans, placier, me fait appeler en grande hâte, le 27 avril 1887, à 8 heures 1/2 du soir. Je me rends immédiatement chez lui et je le trouve assis sur son lit, le corps un peu incliné en avant, immobile, évitant tout mouvement, sans grande anxiété respiratoire, à condition qu'on le laisse dans la position qu'il a choisie. Sa parole est lente, entrecoupée, un peu pénible. Il peut cependant me raconter qu'en rentrant chez lui à 7 heures, pour dîner, il a voulu prendre dans ses bras sa petite fille, âgée de 3 ans, qui venait au-devant de lui; en la soulevant, il a éprouvé brusquement au côté droit une douleur extrêmement vive. Il s'est empressé alors de gagner sa chambre, s'est fait déshabiller par sa femme, et s'est mis au lit sans songer à dîner.

La position étant favorable, j'examine le malade. Pas de point spécialement douloureux au côté droit. Sous la clavicule, à droite, existe un léger degré de voussure ; de plus, toute la région antérieure de ce côté offre un tympanisme manifeste, on n'y constate ni vibrations thoraciques, ni murmure vésiculaire. Ces trois symptômes : sonorité exagérée, absence de vibrations, silence respiratoire, existent également dans l'aisselle et en arrière. Il n'en faut pas davantage pour caractériser le pneumothorax.

Je dois seulement faire remarquer qu'à la partie postérieure, la triade symptomatique n'a pas dans toute la hauteur la même netteté qu'en avant et dans l'aisselle ; en bas, sur une hauteur de quatre travers de doigt à peu près, la sonorité est moins exagérée qu'à la partie supérieure, les vibrations sont, non pas abolies complètement, mais diminuées ; enfin, le silence respiratoire est remplacé par un

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

murmure vésiculaire très faible, très lointain, légèrement soufflant. Il semble donc que le poumon n'ait pas été complètement refoulé vers le hile par l'épanchement gazeux, et que le lobe inférieur soit retenu à sa place, peut-être par des adhérences, et simplement gêné, comprimé, tandis que les lobes supérieur et moyen sont réduits à néant. La poitrine est à peine déformée en arrière.

Du reste, pas de bruit de flot quand on secoue le malade ; pas de retentissement amphorique de la toux ni de la voix. Le bruit d'airain n'est pas recherché. Pas de tintement métallique.

Le foie n'est pas abaissé. Le cœur est à sa place normale, sans bruit morbide, sans arythmie. La respiration est, à gauche, parfaitement normale, elle n'a pas les caractères de la puérilité. L'abdomen n'offre rien à noter.

Donc, il existe là, je puis l'affirmer immédiatement, un pneumothorax simple, sans épanchement liquide, pneumothorax consécutif à un effort et tout à fait récent.

Deux jours avant cet accident, la poitrine du malade n'offrait, en effet, aucune lésion; si je puis formuler cette assertion, c'est que j'ai eu l'occasion de l'ausculter au lit, le 25 avril, sans rien découvrir d'anormal. A ce moment, M. M... avait un léger accès de fièvre herpétique; le 25 avril, je fus appelé par lui pour constater des vésicules d'herpès sur les lèvres, la langue, les amygdales, le voile du palais; la langue était sale, la peau un peu chaude, 84 pulsations. Je prescrivis un collutoire et une purgation pour le 26. Ce jour-là, M. M... se trouva assez bien pour sortir, et c'est en rentrant que la rupture du poumon droit s'effectua. Il me paraît difficile d'établir une relation entre cette fièvre herpétique légère, sans détermination thoracique, et la déchirure évidente du poumon.

Au moment de l'accident, le malade n'offre plus que des traces difficiles à saisir de l'herpès labial et lingual ; la gorge est guérie.

Si nous admettons que l'effort violent fait par le malade soit la cause de la déchirure du poumon, supposerons-nous une lésion préalable du parenchyme, et trouverons-nous dans les antécédents du sujet des renseignements précis à cet égard ?

M. M... n'a pas eu d'affection sérieuse dans l'enfance ni dans l'adolescence. Il a fait son service militaire et contracté deux fois la blennorrhagie. Il est fort, robuste, bien musclé, dur à la fatigue, et considère sa santé comme parfaite ; depuis quinze ans, il n'a pas consulté de médecin. Sa poitrine est large, bien conformée, peut-être un peu saillante dans les régions supérieures, et pouvant faire songer à un léger degré d'emphysème. Au printemps, il a généralement des sternutations répétées ; jamais d'accident thoracique. Il a bon appétit, fume beaucoup ; sa profession de voyageur de commerce

et placier l'a exposé à de nombreuses fatigues, mais il n'a commis que de rares excès de boisson.

Son père était asthmatique, sa mère est morte d'un cancer utérin; un de ses frères est mort du croup, un autre d'une affection inconnue. Il a un frère gastralgique et un bien portant.

En résumé, peu de chose : tendance à l'emphysème, et prédispositions arthritiques héréditaires, voilà tout.

L'état du malade n'est pas assez grave pour commander une intervention très active (ponction, par exemple). Sinapisme au côté droit; potion contenant 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 30 grammes de sirop d'éther. Je m'efforce, en outre, de rassurer M. M..., qui est très inquiet de son accident.

La nuit est mauvaise. Le malade ne peut dormir, il reste assis sur son lit, penché en avant, ou bien il s'appuie sur le bras gauche. Décubitus latéral droit impossible.

Le 28 avril, à 8 heures, je trouve le malade dans la même position, assis sur le lit. La face est légèrement cyanosée; il y a une certaine anxiété qui indique un état sérieux. Et cependant, la respiration est calme, non accélérée (R. 22), grâce à la parfaite immobilité du patient. Dès qu'il bouge ou fait un effort, il éprouve une douleur très vive au côté droit. Pas de refroidissement des extrémités. Apyrexie. Langue sale. Constipation. Pas de toux ni d'expectoration.

La poitrine n'offre rien de nouveau; mêmes signes que la veille. Pas de tintement ni de bruit de succussion.

Je conseille au malade de quitter le lit et de s'asseoir dans un fauteuil. 40 ventouses sèches. Morphine, éther à continuer.

La journée est assez bonne. Le soir, M. M... se met au lit et dort pendant quelques heures, maintenu par des coussins.

Le 27 avril, le patient se lève à 8 heures; il est dans son fauteuil au moment où j'arrive. Le facies est plus satisfaisant, la respiration n'est pas accélérée. P. 88. Langue moins sale. Le malade a pu aller à la selle sans effort trop violent. Pas de modification des signes locaux.

30 avril. La nuit a été meilleure. Le malade se meut plus aisément; il fait quelques pas dans la chambre. P. 84. R. 20.

Pas de dyspnée. Je constate en auscultant le côté droit un retentissement métallique léger de la toux. Absence complète de bruit de succussion. Sous la clavicule droite, je perçois une propagation lointaine et continue des bruits du cœur, une sorte de bruit de rouet lointain. A gauche, murmure vésiculaire exagéré, puéril.

1er mai. Je suis surpris de trouver M. M... au salon, assis à la table, et faisant des écritures. Il n'a presque plus de gêne respira-

toire ; il marche facilement, se déshabille sans difficulté, et se tient debout pour l'auscultation. Il vient de prendre une purgation. Rien de nouveau à noter dans la poitrine. Pas de toux, pas d'expectoration, pas de point de côté.

A partir de ce moment, M. M... se considère comme guéri. Je suis forcé d'insister sur la gravité des désordres thoraciques et de recommander au malade une extrême prudence.

L'état local est en effet absolument stationnaire ; le pneumothorax n'a diminué en aucune façon depuis le premier jour. Pas de traitement à indiquer ; je conseille seulement d'éviter le froid, les efforts.

Le 3. Malgré mes recommandations, M. M... me reçoit dans un nouvel appartement de la même maison, où il vient de présider à son déménagement.

En avant, même voussure, même tympanisme, même silence respiratoire, même absence de retentissement de la voix et de la toux. La seule modification consiste dans l'apparition de vibrations encore très faibles. Les vibrations manquent encore dans l'aisselle et au sommet en arrière, tandis qu'à la base on les perçoit toujours faiblement. Pas de toux ni de voix amphoriques; seulement, en arrière, la toux a quelque chose de métallique, et la voix retentit un peu. A la base, le murmure vésiculaire se propage comme au début. Pas de bruit de succussion.

Le 7. M. M... sort pour la première fois.

Le 9. Sur mon conseil, il se rend à la consultation de M. Millard, dont je désire avoir l'avis. M. Millard confirme le diagnostic de pneumothorax simple, sans liquide. Il pense que le pneumothorax a été précédé d'emphysème inter-lobulaire et sous-pleural. Le poumon gauche lui paraît indemne. Pas de traitement à formuler.

Le 10. Le malade vient me voir chez moi.

Le 14. Il vient me demander la permission de reprendre ses occupations. Aujourd'hui, quelques modifications à noter. Le côté droit du thorax est sillonné de veines sous-cutanées assez développées; moins de voussure sous-claviculaire, moins de tympanisme ; les vibrations sont perçues un peu plus nettement en avant, et la voix retentit légèrement, mais le murmure vésiculaire fait toujours complètement défaut.

Dans la fosse sus-claviculaire, un peu de voussure, silence respiratoire.

Dans l'aisselle, pas de vibrations, un peu de respiration lointaine.

En arrière, en haut, mêmes signes négatifs qu'au début ; en bas, les vibrations et le murmure vésiculaire ont augmenté ; on perçoit

mieux la voix, mais il y a encore une grande différence avec le côté gauche, qui est resté sain. Pas de succussion, pas de tintement métallique, pas d'amphorisme. Pas de râles ni de frottement.

En somme, légère amélioration locale. État général excellent. Pas de toux, bon appétit, bon sommeil, fonctions digestives normales. Pas de douleur au côté droit.

Le 21. M. M... sort tous les jours et s'étonne de n'avoir pas encore obtenu de moi la permission de reprendre ses affaires. Facies excellent, pas de dyspnée, pas de toux. Quelquefois seulement, un peu de douleur à l'épaule droite.

Actuellement, le creux sus-claviculaire droit a le même aspect qu'à gauche. Sous la clavicule, tympanisme et silence respiratoire comme précédemment, mais vibrations thoraciques presque normales. Dans l'aisselle, augmentation des vibrations. En arrière, au tiers inférieur, sonorité encore exagérée mais vibrations normales, comme à gauche, et murmure vésiculaire presque normal.

Au tiers moyen, respiration faible, vibrations moindres qu'en bas, tympanisme. En haut, au tiers supérieur, rien de nouveau, pas de symptôme positif à noter; silence, pas de vibrations. L'auscultation de la voix et de la toux ne fournissent, sur toute la hauteur, aucun renseignement. Il n'y a plus même le caractère métallique de la toux que j'avais noté une fois. Pas de signe d'épanchement liquide. L'amélioration est donc progressive.

Pas de déplacement du cœur. Sous la clavicule droite, les bruits du cœur retentissent toujours d'une façon un peu exagérée.

État général excellent.

Le 28. Résorption complète de l'épanchement gazeux. En arrière et dans l'aisselle, il n'y a plus une seule anomalie à noter. En avant seulement je trouve un tympanisme très faible et une légère atténuation des vibrations et du murmure vésiculaire.

Le malade prétend qu'à la fin des grandes inspirations, dans le décubitus dorsal, il éprouve encore une faible douleur à droite.

La guérison me paraît suffisamment assurée pour justifier le retour de M. M... à ses occupations de placier.

Le 23 juin. J'examine mon client, qui a repris sa vie active, sort, monte les étages, s'expose à l'air et au vent, et a même recommencé à fumer. Respiration normale partout. Il est impossible de découvrir la moindre altération pulmonaire. Aux deux sommets, aux parties moyennes, aux bases, le murmure vésiculaire a son amplitude habituelle. L'emphysème qu'aurait pu faire supposer la conformation du thorax ne se traduit même par aucun symptôme. Quant à la tuberculose, il est impossible d'y songer à l'heure actuelle.

Depuis cette époque, la santé de M. M... est restée parfaite. J'aurai l'occasion de l'ausculter et de continuer son observation, s'il y a lieu.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

BULLETIN DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — Le Dr *Truc*, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier et chargé du cours de clinique ophthalmologique, a inauguré, le 1er juillet dernier, la clinique ophthalmologique créée dans cette ville par un décret récent. Il publie dans le *Montpellier médical*, avec un de ses externes, M. Marmejean, le relevé des cent premières observations qu'il a pu recueillir dans ce service. Il importe d'autant plus d'encourager cette publication que cette clinique, bien installée, promet de devenir rapidement prospère ; en effet il n'existe, croyons-nous, aucune clinique libre dans toute cette région, M. Truc sera donc à même d'apporter à l'étude de notre art des éléments nombreux.

Les lésions de la conjonctive et de la cornée ont été, bien entendu, les plus nombreuses ; M. Truc signale surtout la fréquence excessive et la gravité considérable des conjonctivites granuleuses dans cette région. Au contraire, il a observé un seul cas de glaucome, et chose curieuse, quoique les strabiques abondent à Montpellier, il n'a pu traiter aucun cas de strabisme vrai ; nous ne doutons pas que notre confrère n'arrive à triompher rapidement de la répugnance que les Montpelliérains paraissent éprouver pour l'opération du strabisme, pourtant si coquette et si inoffensive.

Les opérations n'ont pas encore été bien nombreuses : ainsi M. Truc n'a opéré que huit cataractes. Comme son maître, le professeur Gayet, de Lyon, il ressent une terreur, bien exagérée selon nous, du kystitome et il fait la capsulotomie avec le couteau entre la ponction et la contre ponction ; pour le reste il suit la méthode française pure, généralement employée aujourd'hui.

Dans les énucléations il suit une pratique qui nous paraît peu recommandable. Après la section des muscles droits, il repousse avec les pinces les paupières en arrière du globe et, celui-ci en quelque sorte hernié, il coupe le nerf optique. Il avoue lui-même qu'on expose ainsi le nerf optique à des tiraillements dangereux ou au moins superflus ; une de ses opérées même présenta à ce moment un ralentissement marqué du pouls, cela pourrait bien être dû au chloroforme, néanmoins nous ne voyons pas qu'il soit utile de compliquer cette opération si simple d'un temps dont on peut fort bien se passer.

M. Truc propose de mesurer la mobilité des moignons oculaires d'après le déplacement angulaire de l'œil artificiel, dans le but de comparer cette mobilité dans les divers procédés d'énucléation avec ou sans suture conjonctivale et dans l'amputation partielle ou dans l'éviscération. Le résultat de ces recherches est facile à prévoir et elles seraient surtout intéressantes si d'autres considérations plus importantes ne militaient en faveur de tel ou tel procédé.

A. Chevallereau.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

—

Séance du 27 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. Bouchard.

M. *Gilbert* fait une communication sur deux cas de choléra nostras. (Sera publié.)

M. *Bouchard*. Ces cas sont intéressants à cause de l'identité des symptômes observés avec ceux du choléra asiatique. Au point de vue bactériologique, l'absence du bacille de Prior et Finkler prouve une fois de plus que ce micro-organisme manque souvent dans le choléra nostras. L'examen des urines a-t-il révélé quelque particularité intéressante ?

M. *Gilbert*. Les urines n'ont été examinées que dans le deuxième cas, elles étaient albumineuses.

M. *Bouchard*. J'ai pu constater, dans plusieurs cas de choléra nostras, à Bicêtre, en particulier, la présence dans les urines de cylindres spéciaux. Ils offraient un aspect grenu dû à la présence de cristaux d'oxalate de chaux dont on pouvait reconnaître la figuration à un fort grossissement. Ils présentaient la forme de haltères, se distinguant ainsi des cristaux d'oxalate que l'on a l'habitude de rencontrer.

M. *Galliard* fait une communication sur un cas de pneumothorax simple sans épanchement liquide.

M. *Martin de Gimard* communique deux observations de purpura gangréneux. (V. *France méd.*, n°s 129, 130, 131, 132.)

M. *Bouchard*. Ces plaques de gangrène étendues ne sont pas rares dans l'endocardite infectieuse. Le cœur a-t-il présenté quelque chose de particulier ?

M. *Martin de Gimard*. Pendant la vie, le cœur a été examiné à plusieurs reprises et n'a révélé aucun trouble morbide. A l'autopsie, il n'a présenté aucune lésion.

M. *Bouchard* fait une communication sur l'antisepsie intestinale. (Sera publié.)

Les secrétaires des séances
A. Gilbert et M. Lebreton.

Congrès de Toulouse.

(SUITE).

M. *Stœber* (de Nancy) lit un travail ayant pour titre : *Pouvoir convergent binoculaire et angle métrique.* La convergence est la déviation des lignes du regard qui varie avec la distance séparant 'œil de l'objet ; et le rapport des deux positions extrêmes, c'est-à-dire depuis l'infini jusqu'au point le plus rapproché de la vision binoculaire, est le pouvoir de convergence. Toute ligne du regard qui est dirigée sur un point rapproché fait avec la ligne de l'infini un angle de convergence ou angle métrique. La mesure de cet angle se fait avec l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt. L'auteur étudie enfin la mesure de cet angle métrique chez les myopes, les emmétropes et les hypermétropes.

M. *Grasset* (de Montpellier) appelle l'attention sur l'*inspiration saccadée rythmique du cœur.* Ce symptôme est resté à peu près inconnu jusqu'en 1877, époque où M. Potain le signala. Deux observations ont amené l'éminent professeur de Montpellier aux conclusions suivantes : le lieu d'élection, qui n'est pas exclusif, est le long du bord gauche du sternum au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux. Pour bien saisir ce bruit, il faut que le sujet respire naturellement, sans se forcer. Quand le symptôme est complet, il est constitué par trois saccades systoliques de l'inspiration et deux souffles systoliques légers à la fin de l'expiration ; mais le symptôme n'est pas toujours complet. Sept malades sur douze étaient tuberculeux, cinq étaient anémiques. Aucun n'avait de lésion cardiaque. C'est donc un signe plutôt pulmonaire que cardiaque de *faiblesse respiratoire.*

M. *Burot* (de Rochefort) : La maladie des *tics convulsifs* est peu connue. L'auteur cite l'observation d'une malade qui, en dehors des mouvements involontaires et des sons inarticulés, pousse encore des cris ayant une signification et parmi lesquels dominent les mots grossiers. L'hérédité et l'imitation peuvent être invoqués chez cette malade. Il s'agit, pour M. Burot, d'un état qui intéresse le système nerveux moteur, mais qui atteint aussi la volonté. C'est ce qui l'a décidé à employer la suggestion, voyant que tous les agents thérapeutiques ne donnaient aucun résultat. Ce système paraît donner quelque effet satisfaisant avec l'aide des purgatifs et des sédatifs du système nerveux.

M. *Duplouy* cite le cas d'un officier de marine qui a fourni une brillante carrière malgré un tic convulsif qui lui avait fait souvent lever le bras sur ses supérieurs et même les frapper, ce qui a failli

plusieurs fois lui créer des situations difficiles; aucun remède n'a pu réussir. Il semble aujourd'hui s'améliorer.

M. *Léon* (de Bordeaux) connaît ce malade ; il pense que son grade élevé lui ayant donné de la satisfaction et des responsabilités a agi par suggestion et a contribué à l'améliorer.

M. *Bézy* dit que devant la gare de Toulouse se trouve une marchande d'oranges atteinte d'un tic convulsif, mais elle ne prononce pas de paroles articulées ; elle ne ressemble donc que par certains points à la malade de M. Burot. Cette dernière lui rappelle un malade dont il a été question dans le *Journal de médecine*, de Bordeaux, et qui présenta des symptômes assez graves après une séance d'hypnotisme faite par un charlatan. Ce malade a été traité par M. Pitres, au moyen de l'électricité. Ne l'a-t-on pas essayé sur la malade de M. Burot ?

M. *Grasset* fait observer qu'il y a une ligne bien tranchée entre les malades ayant des tics intéressant seulement le mouvement et d'autres intéressant la volonté, M. Burot n'a-t-il pas essayé l'acétanilide ?

M. *Burot* ne l'a pas essayée, mais M. Pitres a essayé l'électrisation sans résultat.

M. *Gross* (de Nancy) lit un travail sur le *traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique*, et s'applique à démontrer les indications de ce traitement et celles du traitement par la ponction simple.

Il résulte de la discussion à laquelle prennent part MM. Jeannel, Thiriar, Duplouy, Petit (de Paris) et l'auteur, que la ponction avec injection irritante sera bonne dans les cas où la séreuse est saine ; si elle est indurée ou modifiée dans sa structure, l'incision seule donnera un bon résultat.

MM. *Arnozan* et *Ferré* (de Bordeaux) communiquent une note appelant l'attention sur ce fait que les *lavements gazeux* diminuent la fonction glycogénique du foie. Ne pourrait-on pas utiliser cette propriété dans les glycosuries ?

M. *Régis* (de Bordeaux) communique une note dont il tire les conclusions suivantes : la *rétraction de l'aponévrose palmaire* (maladie de Dupuytren) est une manifestation générale ; il existe un rapport entre les lésions de l'arthritisme et celles de la paralysie générale.

M. *Mossé* (de Bordeaux) fait une communication sur l'*utilité des affusions d'eau froide dans la période algide du choléra*. Malgré des insuccès (cinq sur huit), l'auteur croit que ce système est bon, et il formule son opinion de la façon suivante : si le malade peut réagir, s'il n'a pas épuisé ce que Combal a appelé son capital de force, le froid réussira ; dans le cas contraire, on aura un échec

Congrès de Toulouse.

(SUITE).

M. *Stœber* (de Nancy) lit un travail ayant pour titre : *Pouvoir convergent binoculaire et angle métrique.* La convergence est la déviation des lignes du regard qui varie avec la distance séparant 'œil de l'objet ; et le rapport des deux positions extrêmes, c'est-à-dire depuis l'infini jusqu'au point le plus rapproché de la vision binoculaire, est le pouvoir de convergence. Toute ligne du regard qui est dirigée sur un point rapproché fait avec la ligne de l'infini un angle de convergence ou angle métrique. La mesure de cet angle se fait avec l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt. L'auteur étudie enfin la mesure de cet angle métrique chez les myopes, les emmétropes et les hypermétropes.

M. *Grasset* (de Montpellier) appelle l'attention sur l'*inspiration saccadée rythmique du cœur.* Ce symptôme est resté à peu près inconnu jusqu'en 1877, époque où M. Potain le signala. Deux observations ont amené l'éminent professeur de Montpellier aux conclusions suivantes : le lieu d'élection, qui n'est pas exclusif, est le long du bord gauche du sternum au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux. Pour bien saisir ce bruit, il faut que le sujet respire naturellement, sans se forcer. Quand le symptôme est complet, il est constitué par trois saccades systoliques de l'inspiration et deux souffles systoliques légers à la fin de l'expiration ; mais le symptôme n'est pas toujours complet. Sept malades sur douze étaient tuberculeux, cinq étaient anémiques. Aucun n'avait de lésion cardiaque. C'est donc un signe plutôt pulmonaire que cardiaque de *faiblesse respiratoire.*

M. *Burot* (de Rochefort) : La maladie des *tics convulsifs* est peu connue. L'auteur cite l'observation d'une malade qui, en dehors des mouvements involontaires et des sons inarticulés, pousse encore des cris ayant une signification et parmi lesquels dominent les mots grossiers. L'hérédité et l'imitation peuvent être invoqués chez cette malade. Il s'agit, pour M. Burot, d'un état qui intéresse le système nerveux moteur, mais qui atteint aussi la volonté. C'est ce qui l'a décidé à employer la suggestion, voyant que tous les agents thérapeutiques ne donnaient aucun résultat. Ce système paraît donner quelque effet satisfaisant avec l'aide des purgatifs et des sédatifs du système nerveux.

M. *Duplouy* cite le cas d'un officier de marine qui a fourni une brillante carrière malgré un tic convulsif qui lui avait fait souvent lever le bras sur ses supérieurs et même les frapper, ce qui a failli

plusieurs fois lui créer des situations difficiles ; aucun remède n'a pu réussir. Il semble aujourd'hui s'améliorer.

M. *Léon* (de Bordeaux) connaît ce malade ; il pense que son grade élevé lui ayant donné de la satisfaction et des responsabilités a agi par suggestion et a contribué à l'améliorer.

M. *Bézy* dit que devant la gare de Toulouse se trouve une marchande d'oranges atteinte d'un tic convulsif, mais elle ne prononce pas de paroles articulées ; elle ne ressemble donc que par certains points à la malade de M. Burot. Cette dernière lui rappelle un malade dont il a été question dans le *Journal de médecine*, de Bordeaux, et qui présenta des symptômes assez graves après une séance d'hypnotisme faite par un charlatan. Ce malade a été traité par M. Pitres, au moyen de l'électricité. Ne l'a-t-on pas essayé sur la malade de M. Burot ?

M. *Grasset* fait observer qu'il y a une ligne bien tranchée entre les malades ayant des tics intéressant seulement le mouvement et d'autres intéressant la volonté, M. Burot n'a-t-il pas essayé l'acétanilide ?

M. *Burot* ne l'a pas essayée, mais M. Pitres a essayé l'électrisation sans résultat.

M. *Gross* (de Nancy) lit un travail sur le *traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique*, et s'applique à démontrer les indications de ce traitement et celles du traitement par la ponction simple.

Il résulte de la discussion à laquelle prennent part MM. Jeannel, Thiriar, Duplouy, Petit (de Paris) et l'auteur, que la ponction avec injection irritante sera bonne dans les cas où la séreuse est saine ; si elle est indurée ou modifiée dans sa structure, l'incision seule donnera un bon résultat.

MM. *Arnozan* et *Ferré* (de Bordeaux) communiquent une note appelant l'attention sur ce fait que les *lavements gazeux* diminuent la fonction glycogénique du foie. Ne pourrait-on pas utiliser cette propriété dans les glycosuries ?

M. *Régis* (de Bordeaux) communique une note dont il tire les conclusions suivantes : la *rétraction de l'aponévrose palmaire* (maladie de Dupuytren) est une manifestation générale ; il existe un rapport entre les lésions de l'arthritisme et celles de la paralysie générale.

M. *Mossé* (de Bordeaux) fait une communication sur l'*utilité des affusions d'eau froide dans la période algide du choléra*. Malgré des insuccès (cinq sur huit), l'auteur croit que ce système est bon, et il formule son opinion de la façon suivante : si le malade peut réagir, s'il n'a pas épuisé ce que Combal a appelé son capital de force, le froid réussira ; dans le cas contraire, on aura un échec

Congrès de Toulouse.

(SUITE).

M. *Stœber* (de Nancy) lit un travail ayant pour titre : *Pouvoir convergent binoculaire et angle métrique.* La convergence est la déviation des lignes du regard qui varie avec la distance séparant 'œil de l'objet ; et le rapport des deux positions extrêmes, c'est-à-dire depuis l'infini jusqu'au point le plus rapproché de la vision binoculaire, est le pouvoir de convergence. Toute ligne du regard qui est dirigée sur un point rapproché fait avec la ligne de l'infini un angle de convergence ou angle métrique. La mesure de cet angle se fait avec l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt. L'auteur étudie enfin la mesure de cet angle métrique chez les myopes, les emmétropes et les hypermétropes.

M. *Grasset* (de Montpellier) appelle l'attention sur l'*inspiration saccadée rythmique du cœur.* Ce symptôme est resté à peu près inconnu jusqu'en 1877, époque où M. Potain le signala. Deux observations ont amené l'éminent professeur de Montpellier aux conclusions suivantes : le lieu d'élection, qui n'est pas exclusif, est le long du bord gauche du sternum au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux. Pour bien saisir ce bruit, il faut que le sujet respire naturellement, sans se forcer. Quand le symptôme est complet, il est constitué par trois saccades systoliques de l'inspiration et deux souffles systoliques légers à la fin de l'expiration ; mais le symptôme n'est pas toujours complet. Sept malades sur douze étaient tuberculeux, cinq étaient anémiques. Aucun n'avait de lésion cardiaque. C'est donc un signe plutôt pulmonaire que cardiaque de *faiblesse respiratoire.*

M. *Burot* (de Rochefort) : La maladie des *tics convulsifs* est peu connue. L'auteur cite l'observation d'une malade qui, en dehors des mouvements involontaires et des sons inarticulés, pousse encore des cris ayant une signification et parmi lesquels dominent les mots grossiers. L'hérédité et l'imitation peuvent être invoqués chez cette malade. Il s'agit, pour M. Burot, d'un état qui intéresse le système nerveux moteur, mais qui atteint aussi la volonté. C'est ce qui l'a décidé à employer la suggestion, voyant que tous les agents thérapeutiques ne donnaient aucun résultat. Ce système paraît donner quelque effet satisfaisant avec l'aide des purgatifs et des sédatifs du système nerveux.

M. *Duplouy* cite le cas d'un officier de marine qui a fourni une brillante carrière malgré un tic convulsif qui lui avait fait souvent lever le bras sur ses supérieurs et même les frapper, ce qui a failli

plusieurs fois lui créer des situations difficiles ; aucun remède n'a pu réussir. Il semble aujourd'hui s'améliorer.

M. *Léon* (de Bordeaux) connaît ce malade ; il pense que son grade élevé lui ayant donné de la satisfaction et des responsabilités a agi par suggestion et a contribué à l'améliorer.

M. *Bézy* dit que devant la gare de Toulouse se trouve une marchande d'oranges atteinte d'un tic convulsif, mais elle ne prononce pas de paroles articulées ; elle ne ressemble donc que par certains points à la malade de M. Burot. Cette dernière lui rappelle un malade dont il a été question dans le *Journal de médecine*, de Bordeaux, et qui présenta des symptômes assez graves après une séance d'hypnotisme faite par un charlatan. Ce malade a été traité par M. Pitres, au moyen de l'électricité. Ne l'a-t-on pas essayé sur la malade de M. Burot ?

M. *Grasset* fait observer qu'il y a une ligne bien tranchée entre les malades ayant des tics intéressant seulement le mouvement et d'autres intéressant la volonté, M. Burot n'a-t-il pas essayé l'acétanilide ?

M. *Burot* ne l'a pas essayée, mais M. Pitres a essayé l'électrisation sans résultat.

M. *Gross* (de Nancy) lit un travail sur le *traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique*, et s'applique à démontrer les indications de ce traitement et celles du traitement par la ponction simple.

Il résulte de la discussion à laquelle prennent part MM. Jeannel, Thiriar, Duplouy, Petit (de Paris) et l'auteur, que la ponction avec injection irritante sera bonne dans les cas où la séreuse est saine ; si elle est indurée ou modifiée dans sa structure, l'incision seule donnera un bon résultat.

MM. *Arnozan* et *Ferré* (de Bordeaux) communiquent une note appelant l'attention sur ce fait que les *lavements gazeux* diminuent la fonction glycogénique du foie. Ne pourrait-on pas utiliser cette propriété dans les glycosuries ?

M. *Régis* (de Bordeaux) communique une note dont il tire les conclusions suivantes : la *rétraction de l'aponévrose palmaire* (maladie de Dupuytren) est une manifestation générale ; il existe un rapport entre les lésions de l'arthritisme et celles de la paralysie générale.

M. *Mossé* (de Bordeaux) fait une communication sur l'*utilité des affusions d'eau froide dans la période algide du choléra*. Malgré des insuccès (cinq sur huit), l'auteur croit que ce système est bon, et il formule son opinion de la façon suivante : si le malade peut réagir, s'il n'a pas épuisé ce que Combal a appelé son capital de force, le froid réussira ; dans le cas contraire, on aura un échec

L'Académie s'est réunie en comité secret pour entendre le rapport de M. Lannelongue, sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Le Dentu ; en 2e ligne, M. Terrier ; en 3e ligne, M. Péan ; en 4e ligne, M. Périer ; en 5e ligne, M. P. Berger ; en 6e ligne, M. Chauvel.

A. CH.

Sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

Par M. ALPHONSE GUÉRIN (1).

J'étais absent de Paris, vous aviez presque tous fait comme moi, lorsque notre collègue, M. Hervieux, eut l'heureuse idée d'argumenter le travail dans lequel, il y a cinq mois environ, je m'efforçai de prouver que l'existence du phlegmon du ligament large est loin d'être démontrée ; que tous les signes qui lui ont été attribués appartiennent à un phlegmon qui, se développant le long des parois du vagin, s'étend du voisinage du col de l'utérus jusqu'au pubis, et dont le siège est dans les vaisseaux lymphatiques qui, venant du col utérin, se rendent dans des ganglions placés derrière la branche horizontale du pubis.

Si je me félicite de l'intervention de M. Hervieux dans cette question, c'est qu'elle servira à démontrer que personne avant moi n'avait soutenu la thèse que je défends depuis près de dix ans.

Cela n'est pas inutile ; car j'ai, plus d'une fois, regretté de ne pas avoir trouvé ici une opposition plus vive, quand je soutins contre tous qu'une maladie peut être engendrée par l'introduction dans l'économie des agents qui, depuis, ont été appelés microbes. C'est à peine si, en dehors des chirurgiens, quelqu'un se souvient que la chirurgie antiseptique a pris naissance à cette tribune.

La communication de M. Hervieux, en attirant l'attention sur la question de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, contribuera à ce que l'on n'attribue pas à un étranger l'opinion que j'étais seul à soutenir, il y a quelques années, et qui, bientôt, sera universellement admise.

Aprés le témoignage de gratitude, il faut que je réponde aux critiques de mon collègue.

Je relève, tout d'abord, dans l'argumentation de M. Hervieux, le passage suivant : « Il est un point capital qui condamne par avance et frappe de nullité la thèse de notre collègue, c'est qu'il n'a pas vu, cadavériquement parlant, un seul cas de phlegmon du ligament large. Il est même possible qu'il n'en ait pas observé au point de vue clini-

(1) Extrait de la communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 8 novembre.

que, ou si des cas de ce genre se sont présentés à lui, il les a méconnus puisqu'il les conteste. »

Mon excellent confrère ignore sans doute que j'ai écrit un livre sur les maladies des organes génitaux de la femme et que, dans ce livre, on trouve une longue leçon consacrée à l'étude du phlegmon du ligament large. S'il avait eu l'idée de la consulter avant de m'argumenter, il se serait aperçu que je suis moins ignorant qu'il ne l'a supposé.

J'ai décrit le phlegmon du ligament large (je n'en ai pas parlé *cadavériquement*, suivant l'expression de M. Hervieux); j'en ai parlé après avoir étudié pendant trente ans les maladies des organes génitaux de la femme, et, n'ayant pas eu la preuve de l'erreur des médecins qui l'avaient décrit avant moi, je diagnostiquais un phlegmon du ligament large toutes les fois que je constatais les signes qui ont été attribués à cette maladie par les auteurs les plus compétents.

On a toujours mauvaise grâce à citer des lignes que l'on a écrites; mais je peux d'autant mieux faire infraction à cette règle de convenance que le passage qui eût prouvé à M. Hervieux qu'avant de nier l'existence du phlegmon du ligament large, je l'avais longtemps étudié à l'hôpital de Lourcine, à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu, ne me paraît plus conforme à la vérité.

A propos du diagnostic, notre collègue aurait pu lire : « Les signes du phlegmon du ligament large sont assez précis pour que le diagnostic n'offre pas de très grandes difficultés. Cela est vrai d'une manière générale, mais il y a tant de degrés dans cette maladie et dans celles avec lesquelles elle peut être confondue que, bien souvent, au lit du malade, il est difficile de dire à quelle lésion doit être rapportée la tumeur que l'on constate au voisinage de l'utérus. Sans doute, quand la tumeur est appliquée contre la branche horizontale du pubis ; quand sa consistance est telle qu'elle lui a valu d'être comparée à un plastron qui s'oppose à ce que les doigts la dépriment ; lorsque, surtout, le cul de sac latéral du côté malade est effacé par la tuméfaction extra-vaginale, et que la partie voisine du vagin est le siège d'un empâtement qui donne au toucher la sensation d'un œdème dur, on n'a pas grand mérite à reconnaître l'existence d'un phlegmon du ligament large. »

Je demande pardon à mes collègues d'avoir fait cette longue citation. Je devais la faire pour prouver à M. Hervieux que je n'avais pas méconnu les signes attribués au phlegmon du ligament large, et que si, suivant son expression, je n'en avais pas vu, cadavériquement parlant, j'avais observé cliniquement ce que l'on a décrit sous cette qualification que je crois erronée, depuis que deux autopsies ont éclairé mes études sur ce point de gynécologie.

Le reproche d'ignorance que M. Hervieux m'a adressé a été une

mauvaise entrée en matière. Je me garderai bien de l'imiter. Je crois que s'il s'est mépris sur la signification du mot phlegmon, et s'il a confondu avec cette maladie des lésions essentiellement différentes, c'est uniquement la conséquence de la précipitation qu'il a mise à me répondre.

Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que notre collègue appelle phlegmon toute collection purulente, quelle que soit son étendue en longueur et en épaisseur. Vous verrez bientôt qu'il nous donne comme des types de phlegmon des lésions qui n'ont rien de phlegmoneux, et que lorsqu'il trouve du pus un peu partout dans l'infection purulente, s'il y en a sous le péritoine des ligaments larges, pour lui c'est un phlegmon.

Ne voulant pas m'exposer à omettre une des observations que M. Hervieux considère comme des cas de phlegmon des ligaments larges, je l'ai prié de me les indiquer, et, de la meilleure grâce du monde, il a facilité mes recherches.

C'est donc avec la certitude de ne pas commettre une omission que j'ai pu commenter ses observations.

La première (nº LV) est intitulée : Inflammation hypertrophique du ligament large chez une femme *atteinte de phlébite profonde du membre inférieur gauche, de phlébite utérine et de péritonite généralisée.*

Je dois tout d'abord confesser que ce titre eût suffi pour éloigner de mon esprit la pensée que c'était une des observations visées par M. Hervieux, si mon excellent collègue ne me l'avait pas lui-même indiquée. Je n'ai, en effet, jamais nié que le péritoine, qui entre dans la constitution des ligaments larges, ne puisse pas être compris dans une péritonite généralisée.

Dans cette observation, « l'utérus est rempli de pus, de telle sorte, dit M. Hervieux, qu'à la coupe on trouve à peine quelques parties non envahies par la suppuration. Il y a aussi du pus dans les muscles jumeaux, mais il n'y en a pas dans les annexes de l'utérus. Un ligament large porte les traces d'une inflammation ; son tissu est dense, résistant, compacte, d'apparence fibreuse au milieu duquel sont englobées et comme ensevelies les veines enflammées qui ont été l'origine de cette phlegmasie spéciale et circonvoisine du ligament large. » Il y a du pus dans les veines ; il n'y en a pas dans le ligament large. C'est bien nettement un cas de phlébite de nature septique qui ne ressemble en rien à ce que l'on a décrit sous le nom de phlegmon du ligament large.

La seconde observation, qui est la LVIᵉ du livre, est analogue à celle que je viens de citer, elle est intitulée : *Inflammation hypertrophique des ligaments larges dans un cas de phlébite utérine avec*

ictère; péritonite généralisée, pleurésie purulente, abcès métastatiques des poumons et de la rate.

La troisième observation (LVII) est presque identique à la précédente; on lit à l'article Autopsie : « Les organes pelviens baignent dans le pus; la convexité de la rate et du foie est tapissée par une couche épaisse de ce liquide. »

Je n'ai pas à discuter cette observation, dans laquelle on voit du pus un peu partout et où il n'y a qu'une inflammation septique qui ne ressemble en rien au phlegmon du ligament large.

La quatrième observation (LVIII) est encore un cas d'infection purulente avec inflammation hypertrophique du ligament large. Il en est de même de la suivante. Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit pour les observations précédentes.

Je trouve enfin dans la sixième observation (LX) du pus dans le ligament large. En voici le titre : *Inflammation hypertrophique et suppurative du ligament large gauche, chez une primipare, infection purulente, — mort, autopsie.*

Examinons de près ce que l'on trouve à l'autopsie : « En touchant par le vagin, on sent que la résistance, perçue à gauche pendant la vie, était due à une tumeur située dans le ligament large. Cette tumeur est amollie sur la face interne de l'utérus ; elle remonte dans ce sens jusqu'à 3 et 4 centimètres au-dessus du col, et le suit en descendant dans le vagin jusqu'à 2 centimètres et demi au-dessous. Tout autour, *surtout le long du vagin*, le tissu cellulaire est épaissi. Enfin la tumeur s'étend entre les deux lames du ligament large sur une longueur de 3 centimètres. En l'incisant, il sort du pus séreux et mal lié; les parois de l'abcès sont anfractueuses, etc. »

On serait tenté de croire que c'est bien là un cas de phlegmon du ligament large.

Malheureusement, la rédaction de l'observation dénote un défaut de précision très regrettable. Quelques lignes au-dessus de ce que je viens de dire, on trouve dans le livre la phrase suivante : *les ligaments larges sont notablement épaissis; leur enveloppe péritonéale est lisse et sans rougeur; mais le tissu cellulaire est infiltré d'une matière gélatiniforme ; excepté dans leur partie supérieure, les ailerons sont intacts.* »

Avouez que, devant une pareille observation, on ne peut manquer d'être dans un grand embarras; on dit qu'un ligament large est le siège d'un abcès, et, dans un autre passage, on affirme que l'enveloppe péritonéale des deux ligaments est lisse et sans rougeur, mais que le tissu cellulaire est infiltré d'une matière gélatiniforme! C'est inexplicable.

Je suis porté à croire qu'il y a eu un abcès le long de la paroi du

vagin et une infiltration gélatiniforme du ligament large, très différente d'un phlegmon.

Plus j'avance dans l'examen des observations de M. Hervieux, et plus je m'étonne de la signification que notre collègue donne au mot phlegmon. Dans l'observation LXI, qui est intitulée : *Phlébite purulente du col utérin, inflammation hypertrophique et suppurative des ligaments larges, — état typhoïde, mort,* — on trouve bien, en effet, un peu de pus dans les ligaments larges ; mais il n'y a rien qui ressemble à ce que les gynécologues ont décrit comme un phlegmon : pendant la vie de la malade, on constate que son ventre n'est pas douloureux. Trois jours avant sa mort, on note que le ventre est peu sensible à la pression, sans développement anormal. A l'autopsie, les parois de l'utérus sont remplies de pus. « La lésion la plus remarquable, dit M. Hervieux, est celle que présentent les deux ligaments larges au niveau de leur insertion sur la voûte du vagin. Dans ce point, leurs replis sont écartés par une abondante quantité de tissu cellulaire hypertrophié, induré, offrant une épaisseur d'un centimètre et demi environ, et infiltré de pus jaunâtre dont la couleur tranche sur le fond violacé de l'induration. Cette hypertrophie est en rapport avec une altération analogue des vaisseaux qui, des parties latérales de l'utérus, aboutissent les uns à la veine hypogastrique, les autres au plexus pampiniforme ou à l'ovaire. Or, au voisinage de l'utérus, ces vaisseaux sont épaissis, enflammés, pleins de pus, et quelques-uns tapissés à leur intérieur par de fausses membranes plus ou moins adhérentes. Il est impossible, ajoute M. Hervieux, de nier la relation de connexité entre ces phlébites et l'infiltration purulente et plastique des ligaments larges. C'est surtout la partie inférieure des ligaments larges qui présente le plus haut degré d'épaississement et d'infiltration purulente. Le liquide qui y est se présente sous la forme de *traînées jaunâtres, louches,* au milieu desquelles on rencontre, çà et là, une matière puriforme concrète. ».

Voilà sans doute l'observation sur laquelle mon collègue a le plus compté pour démontrer l'existence du phlegmon du ligament large. Elle ne convaincra que les personnes qui ne se font pas une idée juste de cette maladie.

Le phlegmon du ligament large n'a jamais été considéré comme une simple infiltration purulente. C'est, pour ceux qui ont admis cette maladie, une inflammation du tissu cellulaire formant une tumeur, qui peut être confondue avec les tumeurs qui sont constituées par une pelvipéritonite, une hématocèle, etc. C'est une maladie qui cause de grandes douleurs qui ne peuvent passer inaperçues, tandis que, dans les observations de M. Hervieux, c'est à l'autopsie seulement

que l'on découvre qu'il y a une infiltration plastique ou purulente des ligaments larges, coïncidant avec une phlébite suppurée. Dans tous les cas, il y a infection purulente, c'est-à-dire du pus dans un grand nombre d'organes. C'est toujours une phlébite avec péritonite.

Je n'analyse pas l'observation suivante, qui ressemble absolument à la précédente.

Dans l'observation LXIII, il y a du pus dans un point des ligaments larges, mais c'est toujours autre chose que ce qui a été décrit comme phlegmon.

Après avoir lu avec la plus grande attention les observations que je viens d'analyser, on ne peut se défendre d'un regret. Pourquoi M. Hervieux n'a-t-il pas relu ce que les auteurs ont écrit sur le phlegmon du ligament large ?

Quand, après avoir étudié la constitution anatomique des ligaments larges, j'exprimais l'opinion que leur charpente fibreuse s'opposerait à une extension suffisante pour que le pus s'approche du pubis, où il viendrait constituer une espèce de plastron dans le tissu cellulaire, placé entre la paroi abdominale et le péritoine, je disais assez qu'une infiltration plastique ou purulente ne suffit pas pour constituer le phlegmon du ligament large dont je nie l'existence. M. Hervieux dit que le plastron n'existe pas toujours. Cela doit être vrai pour lui, qui ne paraît pas se faire une idée bien nette de ce que l'on a décrit sous le nom de phlegmon du ligament large.

Quand on a lu les observations de M. Hervieux, on n'est plus étonné que l'auteur incline à nier l'existence du plastron dans le phlegmon du ligament large. Comme il n'a observé que des infections purulentes avec inflammation suppurée des veines des ligaments larges ; comme il n'a jamais vu de collections purulentes s'étendant vers le pubis, il n'y avait pas de raison pour que le tissu cellulaire de la paroi abdominale constituât le plastron.

J'ai nié que l'inflammation du tissu cellulaire qui constitue une tumeur s'étendant du col de l'utérus jusqu'au niveau du pubis puisse être engendrée par un phlegmon du ligament large ; j'ai dit que, dans le cas où du pus viendrait à se former dans la cavité du ligament large, les lamelles aponévrotiques qui ferment cette cavité s'opposeraient à l'issue du pus et à son extension vers le pubis. M. Hervieux ne m'a rien objecté qui contredise cette assertion.

Que pouvez-vous conclure des autopsies dans lesquelles vous trouvez du pus dans toute la cavité du péritoine ; dans celles surtout, où, comme dans l'observation de M. Bourdon, un abcès du ventre s'est ouvert dans la cavité thoracique ?

Ces faits sont d'autant moins probants que, dans aucun, on n'a constaté les signes que les gynécologues ont attribués au phlegmon

du ligament large. Pourquoi diriez-vous que c'est un phlegmon et non une péritonite ?

Je crois donc pouvoir conclure que, non seulement, j'ai démontré l'existence de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, mais que l'existence du phlegmon du ligament large doit être niée, tant qu'une autopsie récente n'aura pas donné la preuve de sa réalité.

Si je ne craignais d'abuser de la patience de l'Académie, j'invoquerais les faits qui ont été récemment apportés à cette tribune, et dans lesquels des salpingites purulentes avaient pu se produire, sans que l'inflammation se fût étendue au rare tissu cellulaire des ligaments larges ; l'auteur des observations qui nous ont été communiquées a été amené à nier avec moi l'existence du phlegmon du ligament large.

Jusqu'à preuve du contraire, je croirai que le pus que l'on a trouvé sous les feuillets séreux des ligaments larges n'était que la conséquence d'une péritonite plus ou moins généralisée. Quand le péritoine suppure, pourquoi ne suppurerait-il pas au niveau des ligaments larges ? Ce n'est pas là ce que l'on a décrit sous le nom de phlegmon. Le phlegmon du ligament large a toujours été considéré comme une tumeur venant s'appliquer contre la branche horizontale du pubis, et dans les observations que l'on m'a opposées, on ne voit rien de semblable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 *novembre* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Verguiaud, professeur à l'école de médecine de Brest, qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (Accepté).

Sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens. — M. le professeur Léon *Dumas* (de Montpellier) montre que l'analogie est évidente entre ces deux affections au triple point de vue des symptômes, de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. Il a cherché dans l'œdème des nouveau-nés la thrombose veineuse, cause immédiate de la phlegmatia, et il l'a trouvée dans un cas sous la forme d'un caillot ferme et consistant occupant les deux veines fémorales sur une longueur de deux centimètres environ. Trois conditions fondamentales semblent présider à la formation des thromboses dans la phlegmatia alba dolens. Ce sont :

1° La tendance du sang à se coaguler spontanément par suite des

modifications de ce liquide sous l'influence de l'état cachectique; tendance démontrée par MM. Bouchut et Virchow;

2° La présence d'un obstacle à la circulation veineuse amenant un ralentissement dans le cours du sang;

3° Une modification anatomique des parois vasculaires, notamment lorsqu'il se produit de la phlébite.

Or ces trois conditions se réalisent fréquemment chez le nouveau-né, surtout chez ceux qui sont nés avant terme et dans de mauvaises conditions.

La théorie de M. Dumas, si elle est reconnue vraie, aura deux avantages principaux : le premier serait de classer définitivement une affection qui ne rentre encore dans aucun cadre nosologique ; le second serait de fixer le traitement rationnel de l'œdème des nouveau-nés, traitement curatif tel qu'on l'applique à la phlegmatia alba dolens chez l'adulte et qui comprend surtout deux points fondamentaux chez les nouveau-nés : 1° L'emploi de la chaleur sous la forme de la couveuse Tarnier; 2° la condamnation absolue des malaxations sur les parties malades recommandées jusqu'à présent par tous les auteurs et qui exposent à la formation d'une embolie.

Phlegmon du ligament large et adéno-phlegmon juxta-pubien. — M. *Hervieux* rappelle un grand nombre d'observations déjà publiées d'autopsies de phlegmon du ligament large et dit qu'il s'agit de savoir si les objections apportées par M. A. Guérin ont la valeur qu'il leur attribue. Dans un grand nombre de ces cas, en effet, les lésions ne se bornaient pas au phlegmon du ligament large, mais, que ce phlegmon soit primitif ou secondaire, il n'en existe pas moins. M. Guérin l'a dit très justement : nous ne parlons pas la même langue. Pour M. Guérin, seul le phlegmon juxta-pubien aurait tous les caractères attribués au phlegmon du ligament large. Pour M. Hervieux, le phlegmon du ligament large peut affecter toutes les parties de ce ligament et le transformer en une vaste collection purulente; celui-ci au moins est celui que nous ont appris à connaître les recherches anatomo-pathologiques. Si M. Guérin, au lieu de se borner aux données de l'anatomie normale, avait pu voir comme M. Hervieux de nombreuses autopsies de lésions de ce genre, il aurait pu voir avec quelle facilité les collections purulentes du ligament large détruisent les minces lamelles aponévrotiques qui les entourent. Supposons que le phlegmon du ligament large ne soit jamais cantonné, le ligament large ne cessera pas pour cela d'être le siège du phlegmon. D'ailleurs, la question n'est pas de savoir si le phlegmon du ligament large est primitif ou secondaire, simple ou complexe, induré ou suppuré. Il s'agit de savoir si le phlegmon du ligament large existe comme tous les auteurs l'ont pensé. Or il ne s'agit pas

ici de détails microscopiques, il s'agit d'abcès dont le volume, l'étendue, la consistance, les rapports ne peuvent échapper à l'investigation médicale la moins attentive.

Ce qui a induit M. Guérin en erreur, c'est qu'il a considéré le symptôme du plastron comme ayant une importance trop grande.

M. Hervieux veut bien admettre l'existence du phlegmon juxta-pubien, mais son importance ne peut être mise en parallèle avec celle du phlegmon du ligament large.

M. *A. Guérin* ne veut pas éterniser cette discussion. Il a déjà disséqué les observations de M. Hervieux. M. Hervieux nous a cité des pelvi-péritonites et des maladies infectieuses, après avoir reconnu lui-même que les fièvres puerpérales n'avaient aucun rapport avec le phlegmon du ligament large. M. Frarier, dans son excellente étude du phlegmon du ligament large, a dit très justement que M.Hervieux ne pouvait pas observer le phlegmon du ligament large, parce qu'il n'observait que des cas infectieux. M. Bernutz, cet admirable observateur dont l'absence ici nous afflige tous, n'admet pas les phlegmons du ligament large de M. Hervieux.

M. Hervieux me reproche de n'avoir que deux autopsies à lui opposer, mais une seule suffit. Elle montre qu'il y a une autre maladie offrant les mêmes symptômes que le phlegmon du ligament large. M. Hervieux apporte ici un très grand nombre de noms, je ne puis relever et discuter toutes ces observations, mais dans son travail de 1874, M. Bernutz donne l'histoire d'un phlegmon du ligament large. On arrive à l'autopsie ; les lésions d'abord paraissent bien en rapport avec le diagnostic porté, mais M. Hayem trouve en disséquant attentivement les parois du phlegmon, que la collection purulente avait pour siège le tissu cellulaire qui sépare le péritoine du fascia iliaca ; le ligament large lui-même était fortement refoulé en arrière, adossé au phlegmon et à l'utérus. Ce n'était donc pas un phlegmon du ligament large. M. Guérin pense que si on pouvait refaire l'histoire de tous les phlegmons du ligament large, il en serait sans doute de même.

M. Hervieux a rappelé que j'avais dit que j'étais resté seul. Eh bien, j'ai été modeste quand j'ai dit cela. Or, le jour même de la dernière discussion, un jeune médecin des hôpitaux, M. Merklen, me disait: Vos idées ont maintenant cours dans la science; on parle d'adéno-phlegmon juxta-pubien et non plus de phlegmon du ligament large.

M. *Hervieux*. La charpente aponévrotique du ligament large est parfaitement susceptible d'entrer en suppuration. C'est là que le phlegmon du ligament large prend naissance et de là il peut se répandre sur les parties voisines. C'est de là qu'il se porte vers le

pubis et c'est parce qu'on l'a vu se porter vers le pubis qu'on a décrit le phénomène du plastron.

M. *A. Guérin.* Dans son livre, M. Hervieux n'a pas dit un mot des aponévroses du ligament large et du siège initial du pus. Dans la magnifique observation de M. Hayem, c'est l'aponévrose qui a protégé le ligament large et qui l'a empêché d'être envahi par le pus.

Dans tous les cas dont parle M. Hervieux, il s'agit d'une phlébite, d'une infection purulente.

ÉLECTIONS : L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division). La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Widal, médecin principal à Alger; en deuxième ligne, M. Mordret (du Mans); en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Pitres (de Bordeaux) et Wannebroucq (de Lille); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Leloir (de Lille) et Renaut (de Lyon).

Pour la première place, au premier tour de scrutin, sur 77 votants, majorité 39, M. Widal obtient 30 voix, M. Renaut 15, M. Leloir 14, M. Pitres 9, M. Mordret 3, M. Wannebroucq 3. Il y a deux bulletins blancs.

Au deuxième tour de scrutin, sur 69 votants, majorité 35, M. Widal est élu par 45 voix contre 9 à M. Leloir, 8 à M. Renaut, 3 à M. Pitres, 2 à M. Mordret et 2 bulletins blancs.

Pour la seconde place, au premier tour de scrutin, sur 71 votants, majorité 36. M. Renaut obtient 24 voix, M. Leloir 21, M. Mordret 18, M. Pitres 6 et M. Wannebroucq 2.

Au second tour de scrutin, sur 62 votants, majorité 32, M. Renaut est élu par 42 voix contre 13 données à M. Leloir et 9 à M. Mordret.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. *Vallin* lit sur les mémoires envoyés pour le concours des prix de l'hygiène de l'enfance un rapport dont les conclusions seront discutées en comité secret.

A 4 heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Vallin et la lecture du rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Nous donnons plus haut la liste de présentation. (V. *Premier Paris.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 24, à 1 heure. — M. CORNEILLE SAINT-MARC : Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron. *Président* : M. Peter. — M. JOLIOT : De l'entorse radio-carpienne. *Président* : M. Duplay. — M. ESPRIT : De la non-

intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de petit calibre. *Président :* M. Le Fort. — M. Lota : Deux ans entre le Sénégal et le Niger. — Contribution à la géographie médicale du Soudan français. *Président :* M. Laboulbène.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à 4 heures (Petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur exposera la biographie de W. Harvey et résumera l'histoire de la circulation du sang.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — *Le Conseil municipal de Paris* vient de présenter en vue du remplacement de M. Robinet, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, une liste de candidats composée de MM. les Drs Chautemps, Levraud et Deschamps.

Cours libre. — Le Dr Verrier recommencera son cours de maladies des femmes le jeudi 17 novembre, à 5 heures du soir, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, amphithéâtre n° 1, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Hopital des Enfants-Malades. — Le Dr De Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 24 novembre, à 9 heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

L'incendie de l'Ecole pratique. — Un incendie s'est déclaré hier matin à 2 h. 30, à l'École pratique de médecine, 2, rue Vauquelin. Le feu a pris naissance dans un cabinet du premier étage faisant partie du laboratoire de M. Richet. C'est un foyer à gaz chauffant une étuve qui a occasionné l'incendie. Des bocaux contenant des essences et autres matières inflammables ont alimenté le foyer de l'incendie qui, en quelques instants, a gagné le laboratoire de physiologie, où tous les appareils étaient préparés pour les cours d'hier matin. Ces appareils étaient en partie détruits ; ceux que renfermaient le laboratoire de M. Richet étaient entièrement consumés. Les pertes sont évaluées à cent mille francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Cours libres à la Faculté de médecine.

Cours de gynécologie, par M. S. Pozzi, agrégé libre.

Mardi dernier, à 6 heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, M. le Dr Pozzi a commencé devant un nombreux auditoire un cours libre sur les *maladies des organes génitaux de la femme*.

Ce cours n'est, en quelque sorte, que le complément des cliniques gynécologiques que le Dr Pozzi faisait depuis plusieurs années dans son service de l'hôpital de Lourcine et de l'hôpital Pascal.

L'enseignement de la gynécologie, malgré toute son importance, malgré le nombre considérable de femmes qui réclament chaque jour les soins du médecin, est resté un enseignement libre et n'a reçu jusqu'à présent aucune consécration officielle, alors que dans nombre de facultés étrangères, la chaire de gynécologie est une des plus enviées et l'une de celles qui rendent le plus de services.

Est-ce à dire que l'étude de la gynécologie soit restée en arrière en France; est-ce à dire que nous ayons des opérateurs moins habiles? Non, certes, et il nous suffirait pour nous en convaincre, d'écouter la brillante introduction du cours de M. Pozzi.

N'avons-nous pas des noms illustres à citer dans l'étude des maladies des femmes; faut-il rappeler les travaux de Récamier, Huguier, Bernutz et Goupil, Gallard, etc.? Les noms d'Ambroise Paré, Levret, Huguier, etc., pour ne parler que des morts, ne sont-ils pas liés à l'histoire du spéculum, du forceps, de la sonde utérine? Kœberlé et Péan n'ont-ils pas été parmi les premiers à affronter ces grandes opérations, telles que l'ovariotomie, sur les organes génitaux de la femme?

En somme, la part de la France est fort belle, et, si l'étranger semble avoir marché plus vite que nous, cela tient à la spécialisation plus rapide et à l'application plus rapide des méthodes antiseptiques.

L'antisepsie, en effet, telle est la condition indispensable pour obtenir de beaux résultats en gynécologie, et c'est particulièrement sur ce point qu'insiste le Dr Pozzi dans la deuxième partie de sa leçon.

L'antisepsie est absolument nécessaire, elle doit être rigoureusement pratiquée. Nous ne pouvons malheureusement suivre le Dr Pozzi dans tous les détails qu'il donne sur la manière d'obtenir l'antisepsie de l'opérateur et de ses aides, celle des instruments et de la salle d'opération, celle de l'opérée. Disons seulement que, tout en faisant un cours savant, il n'oublie jamais que, pour être vraiment utile, l'enseignement libre doit toujours rester éminemment pratique.

E. Deschamps.

MALADIES DES OREILLES

Folies mélancoliques et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques de l'oreille (1).

Par M. le Dr Boucheron.

Nombre d'auteurs déjà ont observé que les affections de l'oreille retentissent sur les centres nerveux pour produire à distance des troubles nerveux multiples, vertiges, convulsions, épilepsies, dépression mentale, folie même, etc.

Ce sont naturellement les lésions relativement grossières de l'oreille qui ont été le plus souvent signalées parce qu'une otorrhée, une suppuration de l'apophyse mastoïde, une carie du rocher, une perforation de la membrane tympanique, des cicatrices vicieuses de la caisse tympanique de l'oreille, etc. sont faciles à reconnaître.

Mais les affections nerveuses irradiées dont le point de départ est une pareille lésion de l'oreille ne sont pas toujours faciles à modifier, car la lésion auriculaire est souvent elle-même irréductible.

M. Boucheron a porté, au contraire, ses recherches sur les affections nerveuses irradiées procédant des affections de l'oreille à lésions moins grossières, en particulier sur les affections otopiésiques par obstruction de la trompe d'Eustache où la pression atmosphérique sans contrepoids (par suite du vide de la caisse tympanique) produit une excitation du labyrinthe et du nerf acoustique par compression-otopiésis.

Dans ces cas, le nerf acoustique excité peut transmettre son exci-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

tation aux diverses parties des centres nerveux et produire, selon les sujets et selon leur prédisposition, des effets irradiés divers.

Ainsi transmise : 1° au bulbe et à la moelle, cette excitation produit de l'épilepsie, de la pseudo-méningite, ou des convulsions variées sans caractère spécial; 2° du côté du cervelet, elle produit des troubles de l'équilibration, vertiges, chute, rotation; 3° arrivée jusqu'au cerveau et à l'écorce cérébrale, l'irradiation produit des troubles mentaux légers ou graves ayant un caractère commun de dépression.

Les troubles mentaux légers sont la perte ou la diminution de la mémoire, de l'esprit de suite, de la réflexion, de la vivacité de conception, diminution de l'affection pour ses proches, des idées de tristesse, de suspicion, de défiance, de persécution, de l'hypochondrie.

Les troubles mentaux graves peuvent s'élever jusqu'à la folie mélancolique aiguë avec délire, hallucinations et illusions de l'ouïe, perte de connaissance, etc.

Dans un cas de ce genre, mélancolie aiguë récente, cité par M. Boucheron où une diminution de l'audition et des troubles de l'équilibration permettent de reconnaître l'affection auriculaire otopiésique, les insufflations d'air dans la caisse tympanique firent cesser immédiatement la crise de folie mélancolique qui était symptomatique de l'affection de l'oreille; — de même que le traitement de l'oreille fait cesser les troubles mentaux dépressifs moindres et met fin aux séries de crises d'épilepsie également symptomatiques de l'otopiésis.

L'intérêt de ces faits est que l'affection causale auriculaire étant relativement facile à modifier, les affections mentales ou nerveuses irradiées peuvent aussi assez facilement être améliorées.

C'est la contre-partie des notions plus étudiées des affections méningo-encéphaliques et myéliques avec lésions propagées vers le nerf acoustique et le labyrinthe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

DE LA CURE RADICALE DE LA HERNIE CONGÉNITALE. — M. *Th. Anger* Il craint que la cure radicale ne soit une illusion. Le procédé est dit radical, la cure ne l'est pas. Quoi qu'il en soit, pour mon compte, au lieu de faire la suture des parties molles après la résection du sac, j'aime mieux ne pas faire la suture et laisser la plaie béante de façon à laisser un tissu de cicatrice fort et résistant.

Il cite une observation à l'appui : il s'agit d'une hernie inguinale, congénitale, étranglée et opérée ; le malade a guéri.

M. *Terrier*. Cette question de la cure radicale des hernies congénitales peut donner lieu à beaucoup de considérations.

Il faut faire une distinction entre les hernies de l'enfance et celles de l'adulte.

Les premières ont une certaine tendance à guérir. Il serait utile de discuter s'il faut proposer d'emblée la cure radicale chez l'enfant.

Dans le cas où on opère, il y a deux catégories : celle où il y a ectopie, et celle où il n'y en a pas. Dans le cas d'ectopie, je serais disposé à enlever le testicule parce qu'il est exposé aux douleurs et aux dégénérescences.

Reste la question du procédé opératoire.

Tout d'abord je dirai que le procédé de Julliard, c'est-à-dire le capitonnage est difficile, et j'aimerais mieux faire l'ablation du sac.

J'ai fait 30 opérations de cure radicale ; je n'ai pas eu d'insuccès, et je n'ai vu qu'une seule fois une hernie congénitale.

Je crois que l'isolement du sac dans la hernie est moins difficile que ne le dit M. Championnière ; c'est un peu plus difficile dans le cas où le sac est constitué par la vaginale.

Dans ce dernier cas, je commence par séparer le sac en deux parties : une supérieure, l'autre inférieure ; je décolle la partie supérieure et je lie le sac aussi haut que possible.

Quant à la partie inférieure, elle sert à former la vaginale.

Je suis absolument d'un avis opposé à M. Théophile Anger qui fait suppurer les plaies.

Toutes les fois qu'il y a une suppuration dans une plaie, on a une cicatrice moins solide que quand on a une réunion immédiate.

M. *Berger*. Si M. Richelot et M. Championnière s'étaient bornés à dire que l'on peut actuellement faire des opérations de cure radicale plus facilement qu'avant, je n'aurais rien dit ; c'est mon avis.

Je vais chercher à voir s'il faut toujours opérer.

Opérer les hernies congénitales, c'est dire qu'elles ne peuvent guérir ni spontanément, ni par des moyens simples, qu'elles donnent lieu à des accidents graves, compromettant la vie. C'est dire encore que la cure n'est pas dangereuse, et, dans tous les cas, moins dangereuse que la hernie.

J'ai recueilli 10.000 observations d'hernieux, j'y vois 1012 hernies inguinales chez des enfants de moins de 15 ans ; 271 hernies congénitales anatomiquement constatées. Que sont devenues ces 271, je l'ignore.

J'ai observé 5942 cas de hernies inguinales chez des personnes

âgées de plus de 15 ans ; 215 hernies congénitales dont 69 avec ectopie testiculaire.

Il semblerait que les hernies congénitales ne diminuent pas et qu'elles sont aussi fréquentes après qu'avant 15 ans, en d'autres termes, qu'elles ne guérissent pas spontanément. Or, en dépouillant les observations, j'ai vu que sur 60 cas observés chez des sujets agés de plus de 15 ans :

34 cas s'étaient développés après l'âge de 15 ans ;

2 cas avaient guéri ;

2 cas avaient guéri et récidivé ;

7 cas étaient accompagnés d'ectopie ne permettant pas le port d'un bandage ;

6 cas ne portaient pas de bandage ;

2 cas où le bandage avait été porté, et la guérison n'avait pas eu lieu.

Donc, *deux cas* seulement restent de ceux où la hernie datait d'avant l'âge de 15 ans. Ces chiffres prouvent que les hernies congénitales développées dans l'enfance guérissent seules spontanément ou par les bandages.

Quant aux hernies congénitales qui se développent entre 15 et 20 ans, le port constant d'un bandage promet la guérison au moins apparente dans un très grand nombre de cas.

Les hernies avec le port d'un bandage arrivent à n'être même plus une infirmité.

La crainte d'un étranglement doit-elle faire opérer? On a dit que l'étranglement est grave dans la hernie congénitale.

Or, elles peuvent se réduire par le taxis avec chloroforme. De plus, l'opération dans ces cas-là paraît bénigne, car, sur 35 opérations de hernies étranglées, j'ai eu 15 morts en tout; mais, sur 6 opérations de hernie congénitale étranglée, je n'ai eu qu'une mort. Cela tient à ce que les hernies étranglées donnent lieu à des accidents graves qui forcent à intervenir de bonne heure, ce qui est une bonne condition de réussite.

Les inconvénients d'une hernie ne sont pas très grands, mais, d'un autre côté, j'accepterais qu'ils sont un motif suffisant d'intervention, si l'intervention n'était pas sérieuse. Ainsi, Socin, sur 56 cas, a eu 2 morts, Michel Banks en a eu 2 cas sur 52.

Or, les hernies congénitales ne déterminent pas 1 0/0 de mortalité.

Les statistiques montrent qu'il n'y a pas plus de 40 0/0 de mortalité à la suite de la kélotomie. Or, il y a 1,900 nouveaux assistés par an à la consultation du bureau central, ce qui ferait 2 morts pour 100 hernieux.

Or, les hernieux qui viennent chercher un bandage au bureau central sont de pauvres gens; ceux que l'on opère appartiennent à la classe des indigents et aussi à la classe des domestiques, ouvriers, petits boutiquiers, qui peuvent se payer un bandage, mais non une opération.

D'après la statistique de Socin, publiée par Anderegg, il y a 40 cas de récidives contre 64 cas de guérisons, et il y aurait plus de récidives si on avait suivi les malades plus longtemps, car, il y a un âge où les hernies se montrent, c'est entre 30 et 40 ans; il faut attendre que les opérés de Socin arrivent à cet âge pour pouvoir se prononcer.

Je ne voudrais pas qu'on me crût un adversaire de l'opération de la cure radicale, mais je tiens à en formuler les indications.

On n'est jamais autorisé à pratiquer l'opération de la cure radicale de la hernie congénitale avant la quinzième année.

Au delà, il faut réserver l'opération aux cas où, malgré le port d'un bandage, la hernie ne guérit pas ou augmente.

A partir de 15 ans, les indications sont: l'ectopie, empêchant le port d'un bandage, l'irréductibilité totale ou partielle de l'épiploon.

Quant aux opérations sur les hydrocèles congénitales, je les rejette. Les hydrocèles congénitales ne sont pas des hernies en puissance, comme l'a dit M. Richelot; il est très rare qu'une hydrocèle précède une hernie congénitale.

Ce que j'ai vu plutôt, ce sont des hydrocèles suivant des hernies.

Je ne suis pas l'ennemi de la cure radicale, mais je tiens à ce qu'on commence à la traiter par les bandages.

M. *P. Segond.* Dans le rapport de M. Richelot, il y a trois points

1° Le manuel opératoire me paraît celui qui a été adopté par M. Championnière. Le mérite de M. Championnière a été de montrer comment il fallait isoler le sac et comment il fallait opérer. M. Richelot n'a fait que reproduire les actes opératoires de M. Championnière.

Il a dit que la dissection était très facile; or quelquefois c'est très difficile et même impossible. Il vaudrait mieux alors avoir recours au capitonnage, comme l'a fait M. Terrillon.

Quant à l'opportunité de la castration, nous sommes tous d'accord qu'il faut ne pas la faire, quoique Kraske ait prétendu qu'il fallait châtrer toutes les fois que la dissection du sac est difficile.

Au point de vue des indications, Socin les a résumées en disant que les meilleures conditions sont que la hernie soit récente, petite, chez un sujet jeune et vigoureux. Je ferai observer que ce sont les meilleures conditions pour que la hernie guérisse seule.

Au point de vue de port du bandage, MM. Socin et Championnière prétendent qu'il est nuisible à la suite de la cure radicale.

Or, Socin opère surtout les hernies petites, récentes, mais quand on opère les hernies volumineuses, irréductibles, je crois qu'il faut leur faire porter bandage, et alors c'est un bandage léger, facile à porter.

M. *Guerlain* (de Boulogne) lit une observation de prolapsus de la matrice, traitée par le cloisonnement latéral du vagin.

M. *Reclus* présente les pièces pathologiques relatives à un anus contre nature iliaque, fait pour un cancer inopérable du rectum, il y a huit mois.

Il avait au moment de l'opération fait passer une bandelette à gaze iodoformée à travers le mésentère pour favoriser l'adhérence de l'intestin à la plaie, et il a ouvert l'intestin le sixième jour seulement.

Cèt anus est bien régulier, et le bout inférieur est presque fermé. Un point à noter, c'est qu'il a suffi de faire l'incision abdominale et de mettre à nu l'S iliaque, sans l'ouvrir, pour faire cesser les douleurs et les accidents de ténesme qu'éprouvait le malade.

M. *Trélat.* J'ai fait trois fois l'an dernier l'anus iliaque, mais d'après les procédés appliqués en France, c'est-à-dire en ouvrant l'intestin après l'avoir fixé, en un seul temps.

M. Reclus a appliqué un procédé usité en Allemagne et en Danemark, c'est-à-dire qu'il n'ouvre l'intestin que plusieurs jours après l'opération.

L'anus iliaque fait immédiatement a donné trois guérisons. La guérison de l'opération a été plus longue que dans l'anus lombaire, et j'ai eu une procidence de la muqueuse intestinale plus grande qu'avec l'anus lombaire.

M. *Th. Anger* présente le malade dont il a parlé à propos de l'opération de la hernie étranglée.

M. *Trélat* dit que les cicatrices sont d'autant plus solides qu'elles n'ont pas suppuré.

M. *Championnière* est du même avis.

M. *Th. Anger* présente un malade opéré d'un hypospadias balanique. BAZY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *novembre* 1887. — *Présidence de* M. FÉRÉOL.

VERGETURES CONSÉCUTIVES; DES SYPHILIDES SECONDAIRES. — *M. Balzer* présente l'une des deux malades dont il a parlé dans la

séance précédente. Il montre en même temps un moulage provenant du service de M. Fournier.

M. Féréol fait remarquer que la majorité de la Société n'est pas de l'avis de M. Balzer, et que, sur le moulage comme sur la malade, on constate des lésions syphilitiques connues, presque toutes saillantes et non pas cupuliformes. Ces lésions ne répondent pas au terme clinique de vergetures; tout au plus peut-on les appeler macules atrophiques ou atrophies interstitielles.

TACHYCARDIE DANS L'ADÉNOPATHIE CARDIO-BRONCHIQUE ET DANS LA COQUELUCHE. — *M. Mercklen* ajoute un nouveau fait à ceux si démonstratifs de Lalouette, de Rilliet et Barthez, de Gueneau de Mussy et de Prœbsting. Il s'agit d'un homme de 18 ans, pris subitement d'accidents dyspnéiques et présentant l'ensemble symptomatique de l'asystolie. M. Mercklen porta le diagnostic de névrose cardiaque. Le malade ayant succombé à une syncope, on trouva, à l'autopsie, une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse comprimant le pneumo-gastrique droit dont les filets cardiaques ne pouvaient plus être suivis. Cette observation prouve que la compression du nerf vague et la tachycardie qui en résulte ne sont pas toujours aussi bien supportées que le pensait Prœbsting et qu'elles peuvent amener le cœur forcé et la mort par syncope.

D'autre part, M. Mercklen vient d'observer, avec M. Labrie, une jeune fille atteinte de coqueluche intense, qui eut, pendant plusieurs semaines, en l'absence de toute complication broncho-pulmonaire, des accès de fièvre avec 120 à 130 pulsations. Après la chute de la fièvre, le pouls ne se ralentit pas; il ne redevint normal qu'après la guérison définitive.

Pendant tout ce temps, on constata, d'une façon indubitable, une adénopathie trachéo-bronchique droite. Ce désaccord entre le pouls et la température a été signalé par Roger et attribué à une altération du pneumo-gastrique. Cette altération n'est-elle pas au moins la compression du pneumo-gastrique?

M. Barié a observé, l'année dernière, un homme atteint de cancer de la plèvre et du péricarde avec palpitations très violentes qui ne disparurent pas par la thoracentèse. A l'autopsie, on trouva le pneumo-gastrique gauche enserré par deux ganglions.

M. Rendu regrette qu'on n'ait pas vérifié s'il y avait ou non névrite du pneumo-gastrique, cette névrite étant probablement nécessaire pour la production de la dilatation cardiaque. D'autre part, la tachycardie n'est pas la conséquence nécessaire de la compression du pneumo-gastrique.

M. Mercklen croit que, pour la provoquer, il faut une très for

compression du pneumo-gastrique équivalent, vraisemblablement, à une névrite.

GANGLION SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS. — *M. A. Petit* rappelle les observations de MM. Millard, Troisier et Raymond, et rapporte un fait analogue à celui observé par M. Raymond : épithélioma du col utérin ; adénopathie sus-claviculaire gauche consécutive et tardive. Curiosités anatomo-pathologiques quand elles surviennent dans ces conditions, ces adénopathies pourraient, au contraire, être d'une précieuse indication dans les cas où l'état général serait encore peu atteint.

M. A. Petit pose la question du mécanisme de ces propagations cancéreuses à distance.

Bien que la disparition anatomique du canal thoracique puisse avoir une influence sur la propagation plus fréquente aux ganglions sus-claviculaires gauches, il faudrait, pour admettre l'embolie cancéreuse par le canal thoracique, supposer que l'embolie puisse remonter en dépit du courant de la lymphe et des valvules, dans les canaux lymphatiques de la crosse du canal aux ganglions. Faut-il admettre la propagation par voie lymphatique indépendamment du courant liquide, le long des parois, peut-être par les vasa vasorum, peut-être par la zone lacunaire ? D'autre part, il est difficile de comprendre l'embolie cancéreuse sans le développement d'un noyau secondaire dans le poumon.

En somme, jusqu'ici, on n'a émis que des hypothèses, et le mécanisme de ces propagations éloignées n'est pas connu.

SAPELIER.

BIBLIOGRAPHIE

SUR LES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU, par le Dr *M. Vallas*. J.-B. Baillière et fils. Paris, 1887.

L'ulcération tuberculeuse de la peau est rare. Elle peut se montrer partout, mais son siège de prédilection est le pourtour des orifices naturels.

Elle n'apparaît que chez les tuberculeux parvenus aux dernières périodes de leur maladie. Elle est le résultat d'une auto-inoculation bacillaire.

Les lésions anatomo-pathologiques sont celles de la tuberculose du tissu connectif modelé. Elles peuvent affecter deux formes : 1° une forme granulo-caséeuse caractérisée par des nodules embryonnaires et une inflammation spécifique inter-nodulaire ; 2° une forme folliculaire caractérisée surtout par la présence des follicules de Kœster.

Les inoculations fournissent, comme pour toutes les formes de tuberculose cutanée, des résultats indiquant une faible virulence des produits inoculés.

F. VERCHÈRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 21 au 26 novembre 1887.

Lundi 21. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Remy. — 4e examen, doctorat : MM. Potain, Hayem, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Segond, Delens, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Ollivier, Chauffard.

Mardi 22. — 2e examen, doctorat oral (2e partie) (2e série) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Reynier. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Bouchard, Ch. Richet, Quenu.— 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Tarnier, Brun. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Duplay, Panas, Peyrot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Ball, Cornil, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Laboulbène, Legroux, Hanot.

Mercredi 23. — Médecine opératoire : MM. Trélat, Peirier, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen définitif (officiat) : MM. Fournier, Remy, Jalaguier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Brissaud, Pouchet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie), (1re série) : MM. Guyon, Lannelongue, Maygrier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Budin, Delens, Reclus,

Jeudi 24. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Cornil, Bouilly. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Reynier, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Peyrot, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. Jaccoud, Ball, Quinquaud.

Vendredi 25.— 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Remy, Jalaguier — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Reclus, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Lannelongue, Budin, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Trélat, Guyon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Fournier, Chauffard.

Samedi 26. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Reynier, Ballet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Le Fort, Peyrot, Campenon. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Richet, Panas, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Proust, Fernet, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Cornil, Tarnier, Quenoe. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Peter, Ball, Hutinel.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Commission des prix pour l'année scolaire* 1887-1888. — *Prix Barbier* : M. Panas, Président. MM. Duplay Tarnier, Lannelongue, Gariel, (MM. Regnault, Le Fort, suppléants). — *Prix Chateauvillard* : M. Ball, Président. MM. Guyon, Laboulbène, Dieulafoy, Ch. Richet (MM. Fournier, Bouchard, suppléants) — *Prix Corvisart* : M. G. Sée, Président. MM. Potain, Jaccoud, Peter, Damaschino (MM. Charcot, Lannelongue, suppléants). — *Prix Jeunesse* : Hygiène : M. Brouardel, Président. MM. Damaschino, Tarnier, Gautier, Proust (MM. Hayem, Dieulafoy suppléants). — *Prix Jeunesse* : Histologie : M. Charcot, Président. MM. Hayem, Cornil, Grancher, Mathias-Duval (MM. Damaschino, Proust, suppléants). — *Prix des thèses* : M. G. Sée, Président, MM. Trélat, Le Fort, Peter, Ball, Laboulbène, Tarnier, Mathias-Duval, Dieulafoy (MM. Cornil, Gariel, suppléants).

Corps de santé militaire. — Le *Journal officiel* publie un décret dont voici les deux articles essentiels :

Art. 1er. — Les médecins et pharmaciens militaires, réunissant les conditions réglementaires pour l'obtention de leur pension de retraite, à titre d'ancienneté de service, seront admis d'office à la retraite, quand ils auront atteint les limites d'âge fixées pour les officiers des corps de troupe de toutes armes dont ils ont la correspondance de grade.

Art 2. — Les médecins et pharmaciens militaires, actuellement inscrits au tableau d'avancement, seront maintenus en activité jusqu'à leur promotion au grade supérieur.

Hopitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Demoulin.

Ecole de médecine de Rouen. — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, a eu lieu mardi 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury se composait de MM. Peter, président ; Damaschino et Ballet de Paris), Olivier et Petel (de Rouen), juges titulaires, et de MM. Dieulafoy et Dejérine, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, sont MM. les Drs Brunon et Devaux.

La question donnée pour la composition écrite a été : La méningite tuberculeuse.

Station physiologique du bois de Boulogne. — Dans sa séance du 16 novembre, le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. le Dr Levraud, a décidé de continuer au budget de 1888 la subvention de 12,000 francs qui est annuellement accordée à la station physiologique dirigée par M. le professeur Marey.

Un fait divers du *Petit Journal*. — Charlieu (Loire), 12 novembre. On vient d'enterrer une femme dont la mort terrible a provoqué la plus vive émotion.

Mme X., maîtresse d'hôtel, était occupée à préparer une perdrix faisandée, lorsque l'os d'une cuisse, brisé par le plomb lui fit une légère piqûre à la main.

Tout d'abord la plaie, presque invisible, ne présenta rien d'anormal; mais, au bout de quelques heures, un gonflement se manifesta qui envahit bientôt le bras tout entier et une partie de l'épaule.

La matière sanieuse contenue dans les chairs en putréfaction de la perdrix se répandait de vaisseau en vaisseau comme un venin mortel, et allait bientôt gagner le cœur.

Un médecin, appelé en toute hâte, constata immédiatement tous les symptômes d'une piqûre anatomique. Tous ses efforts furent impuissants et la malade, secouée par des frissons convulsifs, en proie à des nausées et à un délire affreux, mourut bientôt au milieu d'horribles souffrances.

Bulletin de la mortalité *du 6 au 12 novembre* 1887. — Fièvre typhoïde 15. — Variole, 10. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 34. — Phthisie pulmonaire, 160. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 33.

Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 19. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 61.

Bronchite aiguë et chronique, 55. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 96.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 66.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 12. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 15. — Autres causes de mort, 153. — Causes inconnues, 13.

Nombre absolu de la semaine : 879. — Résultat de la semaine précédente : 929.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 137 Mardi 52 Novembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

Cours libre à la Faculté de médecine.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INFANTILE, par M. le Dr LEGROUX, agrégé libre.

Malgré l'enseignement officiel de la Clinique des Enfants-Malades, malgré les cliniques libres faites soit à l'hôpital des Enfants-Malades, soit à l'hôpital Trousseau, M. le Dr Legroux a cru utile de faire des conférences sur *l'étiologie*, *la pathologie*, *les signes*, *le traitement et la prophylaxie des maladies principales de l'enfance*. C'est qu'en effet un grand nombre d'étudiants, retenus dans les hôpitaux généraux, soit par le stage, soit par l'externat ou l'internat, ne peuvent consacrer leurs matinées à la clinique infantile, et compléter, d'une façon suffisante, leurs connaissances médicales par l'étude des maladies chez l'enfant. Le cours du Dr Legroux, fait le mercredi soir, à 8 heures et demie, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, est destiné à combler cette lacune.

La pathologie infantile a quelque chose de particulier et demande une étude spéciale, car, si les lésions anatomiques sont les mêmes chez l'adulte et chez l'enfant, il s'en faut de beaucoup qu'elles se traduisent de la même façon, qu'elles se présentent avec la même allure. L'organisme, d'ailleurs, réagit d'une façon toute différente, suivant qu'il s'agit d'un sujet vigoureux ou d'un enfant chétif, d'un enfant ayant une alimentation confortable, élevé dans les meilleures conditions hygiéniques, à la campagne ou dans des appartements vastes et bien aérés, ou d'un pauvre petit être qui joint à la misère physiologique la privation de nourriture, le manque d'air, l'encombrement dans la chambre misérable d'un quartier populeux, d'une salle d'asile ou d'un hôpital.

Ne sait-on pas aussi que chaque âge a ses maladies, les unes qui sont presque du domaine de l'accoucheur, ce sont celles qui surviennent immédiatement après la naissance, pendant le premier ou le deuxième mois ; les autres qui appartiennent à la première dentition, et qui pourront se renouveler à la seconde ; d'autres encore

qui appartiennent à la deuxième et à la troisième enfance ; d'autres qui se rattachent directement à cet âge où l'enfant devient jeune homme, où la petite fille devient jeune fille, à la puberté ; d'autres, enfin, vers 18 ou 19 ans, que l'on a pu rattacher, dans plus d'un cas, au surmenage si commun à cette période de la vie. Vienne le service militaire, vienne la vie au grand air, et ce jeune homme maladif, pâle et lymphatique, va prendre son essor et se développer rapidement.

Chaque âge a donc ses maladies, chaque âge a sa façon de réagir, chaque âge a sa façon d'exprimer la douleur. Aussi, le médecin doit-il avoir une connaissance profonde de l'enfant, de ses besoins, de sa nature, nous allions dire de son caractère. Car, il ne suffit pas de reconnaître une maladie, il ne suffit pas de faire un bon diagnostic, il faut encore savoir faire accepter les médicaments à l'enfant, il faut encore faire accepter ses idées à la famille, et avoir sur elle et l'enfant une autorité suffisante pour imposer sa volonté et faire exécuter ses prescriptions.

Il faut compter sur l'indocilité des malades, sur la pusillanimité des parents, sur l'imbécillité de l'entourage. C'est là que le médecin a besoin d'une grande patience et d'une grande habileté ; c'est là qu'il lui faut connaître toutes les « ficelles du métier ».

Malheureusement, cette habileté, cette patience, ces ficelles du métier ne s'apprennent qu'au lit du malade.

Aussi, le Dr Legroux doit-il compléter ses leçons didactiques du mercredi soir par un enseignement clinique, portant sur les mêmes affections que la leçon du mercredi, et fait au lit du malade, dans son service de l'hôpital Trousseau, le vendredi, à 3 heures et demie de l'après-midi.

Ainsi pratiqué, l'enseignement sera complet, et cela au grand profit des étudiants.

E. Deschamps.

Contusion et fracture de l'urèthre par un coup de sabot. — Double rétrécissement consécutif traité par l'uréthrotomie interne,

Par le Dr Henri Picard.

Obs. I. — Un jeune paysan de 25 ans, très bien constitué, qui m'est envoyé par M. le Dr Cortet, médecin à la Charité-sur-Loire, se trouvait, il y a dix ans, à la veillée, avec d'autres jeunes gens de son âge, quand l'idée leur vint de lutter à qui entrerait le plus vite en érection et supporterait, sur la verge rigide, les plus lourds de

leurs sabots. De cette lutte d'un nouveau genre, mon jeune malade sortait vainqueur, quand, pour célébrer son triomphe, un de ses camarades, en gambadant, lui envoya sur le pénis un grand coup de sabot. Aussitôt, douleur des plus violentes; de rigide l'organe devient flasque, énorme et noir. Cependant, pas une goutte de sang ne s'écoule au moment de l'accident ou après; la miction même n'est pas par trop gênée. Le blessé va, d'ailleurs, se coucher comme à l'ordinaire et se remet au travail dès le lendemain. Peu à peu, la verge se dégonfle et, après être passée par toutes les teintes de l'ecchymose, reprend au bout de 15 jours son aspect normal.

Cependant, la miction, à peu près normale les premiers jours, devient petit à petit de plus en plus difficile; si bien qu'au bout d'un mois, elle était tellement gênée, qu'à partir de ce moment, ce malheureux jeune homme fut obligé de se servir de la sonde pour uriner.

Aujourd'hui, dix ans après l'accident, les choses en sont à ce point que, pour parvenir dans sa vessie avec une sonde n° 12, le malade est obligé d'introduire préalablement dans cet instrument une tige de fer qui le remplit complètement et de le pousser au travers l'urèthre avec une force qu'il évalue à 20 kilogrammes.

A l'exploration, une bougie n° 10 passe assez facilement en reconnaissant deux rétrécissements : l'un, très allongé et tout d'une venue de 2 centimètres environ, commence immédiatement derrière la fosse naviculaire; l'autre, de deux à trois millimètres, siège un peu en avant de l'angle péno-scrotal.

A la palpation, on sent, au niveau du premier rétrécissement, la paroi inférieure de la verge indurée. Quant au second, il est marqué par une induration en forme de virole qui n'entoure que la moitié gauche du canal. Les corps caverneux paraissent intacts.

De cet examen, il est en somme facile de conclure que l'urèthre a été contus dans sa partie antérieure, brisé au lieu d'élection, un peu en avant de l'angle péno-scrotal et qu'il en est résulté les deux rétrécissements constatés. D'autre part, si nous nous reportons à cette circonstance qu'à aucun moment le malade n'a rendu de sang, nous en arrivons à cette conclusion que ces rétrécissements sont dus à une rupture *interstitielle*, c'est-à-dire dans laquelle le tissu spongieux a seul été déchiré, laissant intactes la muqueuse uréthrale et l'enveloppe fibreuse du corps spongieux.

L'uréthrotomie interne devait, d'ailleurs, nous révéler quelle dureté peuvent acquérir ces rétrécissements. En effet, celui qui siège en arrière de la fosse naviculaire est à ce point résistant que mon ami le Dr Bonnet, qui a consenti à m'aider dans cette opération, est obligé de saisir et de pousser avec une pince la tige de la lame au travers l'obstacle. D'un autre côté, quand je veux conduire sur

la tige métallique la sonde à bout coupé, n° 18, le premier rétrécissement offre encore une résistance invincible. N'ayant pas été plus heureux avec une sonde conique olivaire et jugeant, d'autre part, que pour ramollir ce tissu cicatriciel si dur, il est extrêmement utile de laisser une sonde à demeure, je pratique séance tenante une seconde uréthrotomie à la suite de laquelle je puis enfin placer à demeure une sonde que je laisse pendant 36 heures.

A part un violent accès de fièvre, la nuit consécutive à l'opération, le malade n'a présenté aucun phénomène susceptible d'être noté et, le surlendemain, il était sur pied et sortait.

Quinze jours après, la dilatation consécutive, commencée au n° 18, était conduite avec les plus grandes difficultés jusqu'au n° 23 qu'il me fut impossible de dépasser. Toutefois, depuis cette époque, il y a plus de six mois, le malade auquel j'ai recommandé de se passer tous les deux jours une sonde qu'il laisse à demeure quelques minutes, n'a rien perdu des bénéfices de son opération.

Cette observation appelle une autre réflexion. En effet, dans un cas, sinon semblable au moins analogue, le médecin pourrait être appelé à donner son avis, si, par exemple, une indemnité était réclamée par le blessé. Il serait, peut-être, alors, de la plus grande importance de connaître la position des deux sujets vis-à-vis l'un de l'autre au moment de l'accident. Or, la disposition du tissu cicatriciel au niveau de l'angle péno-scrotal, c'est-à-dire de la *rupture*, pourra, dans beaucoup de circonstances, permettre d'arriver à la vérité. Dans le cas présent, en particulier, il est permis d'affirmer que le coup avait été porté de gauche à droite, parce que le tissu cicatriciel n'existait qu'à gauche. Prenez, en effet, une tige de bois, fixez-la par une extrémité, puis pliez-la jusqu'à ce qu'elle éclate, la fracture s'effectuera du côté opposé à la flexion. Or, n'est-ce pas la condition de la verge en érection frappée comme dans le cas présent? Fixée au pubis par son extrémité inférieure, elle a dû nécessairement plier du côté opposé au choc. Or, le noyau cicatriciel siégeant à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la flexion, la verge avait dû être courbée à droite et, par conséquent, le choc venir de gauche.

Rétrécissement de l'urèthre consécutif à une application d'acide phénique, traité par la dilatation progressive.

Obs. II. — Un ataxique de 70 ans, obligé de se sonder pour uriner, se trompe un jour de flacon et, au lieu de tremper sa sonde dans l'huile, la plonge dans une solution d'acide phénique caustique. Introduite dans l'urèthre, elle est immédiatement retirée, car la

douleur a instantanément averti le malade de son erreur. Le contact de l'instrument avec le canal, si court qu'il eut été, a néanmoins suffi pour produire un rétrécissement très dur en arrière de la fosse naviculaire et qui, déjà, au bout d'un mois, n'admettait qu'avec peine une sonde n° 13.

Sur le désir du malade, j'entreprends la dilatation progressive de ce rétrécissement, mais ce n'est qu'avec la plus grande difficulté que je parviens au n° 21 obligé de laisser séjourner les bougies dans le canal et l'ayant fait saigner une fois. Or, ce sont là des inconvénients très graves chez les ataxiques, et certainement mon malade fut, pendant ce traitement, beaucoup plus agité et tourmenté par ses douleurs, les attouchements prolongés et répétés du canal provoquant des réflexes. Il n'est pas douteux, pour moi, que chez ce malade et ses semblables, l'uréthrotomie interne ne dut être préférée à la dilatation, parce que les manœuvres en sont promptement terminées et certainement plus efficaces contre les strictures de la portion spongieuse, surtout quand, comme celle-ci, elles sont de nature cicatricielle.

Congrès de Toulouse.

(*Suite et fin.*)

M. *Bézy* (de Toulouse) lit la *relation d'une épidémie de fièvre typhoïde* qui s'est développée autour d'un fossé-mère recevant les résidus d'une distillerie de mélasse. L'analyse chimique et l'examen microscopique ont révélé dans ces résidus, appelés vinasses, la présence de gaz délétères, et celle du bacille d'Eberth. Ce fait démontre qu'il faut prendre de grandes précautions pour ces usines. Ces précautions seront les suivantes : désinfection des fossés-mères qui ont servi jusqu'à ce jour ; désinfection des vinasses dans l'intérieur même des usines ; revision de la loi de 1810 et classement des distilleries de mélasse en première catégorie.

M. *Pamard* fait observer que le propriétaire de l'usine est un mauvais industriel, car il devrait conserver ses résidus comme engrais.

M. *Pineau* (d'Oléron) présente trois grosses *pierres extraites d'un phimosis ancien.* MM. Pamard, Tison (de Paris) et Bézy discutent sur le mode de formation de ces calculs qui proviennent évidemment de la vessie.

M. *Jauvelle* parle des *signes de l'asphyxie par suffocation* au point de vue des violences extérieures et il s'attache à démontrer les signes qui existent suivant que la suffocation a été due à l'occlusion

de la bouche, des fosses nasales, à la compression du larynx, etc. Ces faits ont un grand intérêt au point de vue médico-légal.

M. *Bernheim* (de Nancy) relate plusieurs faits observés par lui de *régularisation de la menstruation par suggestion.*

M. *Vieusse* (de Toulouse) donne lecture d'un travail sur l'*hydrocèle péritonéo-funiculaire*, et insiste surtout sur l'anatomie pathologique et sur le traitement de cette affection,

M. *Certes* fait part de ses observations sur les *micro-organismes des eaux thermales prises au griffon.* Il montre plusieurs préparations de ces micro-organismes et insiste sur la facilité avec laquelle on les découvre au moyen d'un procédé dont il remet la description sur une note imprimée. Il invite les médecins à se demander si ces organismes inférieurs ne peuvent pas produire certains troubles, notamment la fièvre thermale.

MM. *Chazarin* et *Dècle* font de nombreuses expériences sur un sujet pour démontrer le *courant de la polarité dans l'animal et dans le corps humain.*

M. *Bories* (de Montauban) cite l'histoire d'un malade qui a présenté un *œdème de la glotte* qui n'était ni *a frigore* ni rhumatismal; l'auteur n'hésite pas à le rattacher à l'influence générale blennorrhagique.

M. *Maurel* (de Cherbourg) fait une communication sur le *pouls retro-sternal* et sur sa valeur séméiologique. L'auteur insiste sur la façon de reconnaître ce symptôme au moyen du doigt passé derrière le sternum.

M. *Masse* (de Bordeaux) lit un travail sur la *structure du larynx*; il étudie surtout la portion sous-glottique de cet organe et présente des moulages très remarquables.

M. *L.-H. Petit* (de Paris) parle de la *guérison de certaines hémorrhagies par la révulsion sur le foie*, et cite à l'appui de son dire une observation récente de M. Verneuil. L'auteur fait observer que l'on ne guérit ainsi que les hémorrhagies d'origine hépatique.

M. *Pamard* (d'Avignon) communique deux observations de *résection sous-périostée du coude*, après lesquelles tous les mouvements ont été conservés.

M. *Maréchal* cite un cas de résection sous périostée du coude dans lequel le sujet fut absolument guéri avec les mouvements conservés au bout de vingt-huit jours et avec trois pansements.

M. *Jeannel* cite un cas qui n'a pas été aussi heureux. Il y a eu un avant-bras très mobile.

M. *Gross* dit que, malgré quelques insuccès, cette opération est très utile.

M. *Jeannel* (de Toulouse) lit un travail sur le *traitement de l'anus*

contre nature et des fistules pyo-stercorales. Il cite le fait d'un malade chez lequel des noyaux de cerises accumulés amenèrent un abcès qui s'ouvrit à l'ombilic.

M. *Serres* cite un fait de hernie étranglée avec anus contre nature heureusement terminée.

M. *Duplcuy* raconte l'histoire d'un malade qui eut un abcès intestinal causé par une arête de raie qui sortit, non par les ouvertures pratiquées, mais par l'anneau ombilical.

M. *Vieusse* parle d'un cas dans lequel on n'osa pas réséquer l'intestin, ce qui à son avis a été cause de l'insuccès.

M. *Ollier* (de Lyon) parle de la *résection du genou*, et décrit le pansement qu'il emploie pour panser les malades aussi rarement que possible. Il a pu ainsi obtenir des succès en laissant le même pansement pendant près de cinquante jours; il croit que l'on peut les laisser de vingt à trente jours,

M. *Pamard* a fait une résection du genou cet hiver. Il a levé le pansement le quatrième jour. La plaie était belle ; mais aussitôt survint une suppuration qui a nécessité l'amputation. Il ajoute que s'il avait connu alors l'opinion de M. Ollier, il aurait laissé son pansement plus longtemps.

M. *Etienne* (de Toulouse) donne le résumé d'un travail sur les *paraplégies urinaires.* Il insiste sur ce fait que beaucoup de paraplégies données comme telles méritent d'être révoquées en doute. Il cite des observations personnelles.

M. *André* parle d'une femme graveleuse qui a présenté une paraplégie urinaire.

M. *Henocque* parle de l'*importance de l'hématoscopie* au point de vue thérapeutique et médico-légal. Il présente des tableaux et des instruments très remarquables.

M. *Charrazac* (de Toulouse) raconte le fait d'un malade qui a été guéri après avoir rendu spontanément un *polype du larynx.*

M. *Bézy* cite un cas analogue : le polype était au-dessous du larynx, plusieurs morceaux ont été rendus spontanément, mais un dernier, plus gros que les autres, arrêté au larynx, a déterminé l'asphyxie.

M. *Bernheim* (de Nancy) présente la photographie d'un hémisphère cérébral gauche présentant une tumeur de la circonvolution frontale ascendante ayant amené une *mono-hémiplégie linguale.* Ce point serait donc le noyau cortical de l'hypoglosse.

M. *Secheyron* (de Paris) lit un travail sur l'abouchement de l'urèthre à la vulve et au vagin et en tire des conclusions anatomiques et chirurgicales intéressantes.

Le même auteur lit un travail fait en collaboration avec M. Péan (de Paris) sur les *kystes hydatiques de l'utérus.*

M. *Arnozan* (de Bordeaux) fait ressortir la relation qui existe entre les affections cutanées du nez, et les affections des *fosses* nasales. L'auteur explique cette relation par les anastomoses vasculaires et nerveuses.

M. *Livon* lit un travail sur les *urines tabétiques* qu'il étudie au point de vue chimique et clinique.

M. *Montax* (de Grenoble) insiste sur un mode de début fréquent et non décrit de l'*orchi-épédydimite tuberculeuse*, et sur certains phénomènes aigus qui ne sont pas mentionnés dans les auteurs.

M, *André* (de Toulouse) lit les conclusions d'un travail sur la *pathogénie de la chlorose*, et insiste sur la fonction hématopiétique de foie. L'auteur ne peut admettre l'opinion allemande qui fait résider l'anémie dans la petitesse de l'aorte. Si ce fait était vrai, l'anémie serait incurable,

M. *Henocque* insiste sur la différence entre la chlorose et l'anémie dont on se rend compte avec l'analyse spectrale.

M. *Huchard* (de Paris) envoie une note sur l'*artério-sclérose subaiguë*, et ses rapports avec les spasmes vasculaires.

M. *Auguste Voisin* (de Paris) envoie une note sur *deux cas d'habitude d'onanisme guéris par suggestion.*

VARIÉTÉS

Une lettre du professeur Trousseau.

Dans le discours prononcé par M. le professeur Peter, à l'inauguration des statues de Bretonneau, Trousseau et Velpeau, il a été question d'une lettre écrite par Trousseau à M. J.-B. Baillière, éditeur. Nous publions avec plaisir une copie de cette lettre, également honorable pour celui qui l'a écrite et pour celui qui l'a reçue.

3 décembre 1860,

Mon cher éditeur,

Je ne sais pas quel destin est réservé à notre livre; mais il faut m'aider à faire quelque chose qui puisse lui porter bonheur.

Sans attendre que le second volume de la *Clinique médicale* soit publié, soyez assez bon pour acquitter le prix du premier.

Vous donnerez 1,200 francs à B. Vous partagerez le reste entre R. et V. R.

Je vous avoue que l'autre jour, à l'Académie, j'ai été navré d'entendre R. me demander de lui faire faire des analyses chimiques et des examens microscopiques, pour l'aider à vivre,

Je suis honteux de gagner tant d'argent quand un garçon si modeste et si recommandable à tant de titres est si pauvre.

Quant à V. R., il a une triste santé; il est le soutien de sa mère, et, d'ailleurs, je ne suis pas sûr d'avoir été fort équitable envers lui au dernier concours de l'agrégation; ce sera donc une très petite et imparfaite réparation.

Partagez entre eux cette modique somme. De votre part, c'est un cadeau de jour de l'an et vos relations avec eux vous permettent de leur donner, sans les offenser, un témoignage de gratitude qu'un éditeur peut toujours offrir à des auteurs dont les ouvrages ont eu du succès.

Agréez l'expression de ma sincère affection.

A. TROUSSEAU.

Les expériences d'incinération.

Voici le texte des procès-verbaux établis par la commission qui a présidé aux expériences de crémation qui ont eu lieu au cimetière du Père-Lachaise.

Procès-verbal. — Le samedi 22 octobre 1887, à neuf heures du matin, ont eu lieu les essais du four crématoire érigé au cimetière de l'Est.

Etaient présents : MM. Chassaing, vice-président du conseil municipal ; Menant, sous-directeur ; Le Roux, chef de division ; Caffort et Paoletti, chefs de bureau ; de Metz, contrôleur ; Psezodir, géomètre en chef des cimetières ; Formigé, architecte des promenades ; Toison, entrepreneur de fumisterie.

Le four avait été préalablement séché de la manière suivante : du mercredi cinq heures du soir au vendredi deux heures, feu doux continu ; le combustible employé sur l'indication du constructeur, à défaut de fascines, consistait en plaquettes de hêtre, donnant une longue flamme sans braise : le vendredi, de deux à six heures, feu ardent ; du vendredi soir au samedi matin, feu doux ; dans la cheminée d'appel était allumé depuis le vendredi soir un feu de coke destiné à brûler les fumées. A neuf heures, il a été posé en face de l'appareil crématoire un tréteau mobile en tôle forgé par la maison André, destiné à soutenir la sole du four crématoire et à la faire glisser par l'ouverture dudit four. A la même heure, le feu a été activé de manière à porter l'intérieur du four à la couleur rouge brique.

Le corps à incinérer était le cadavre d'un homme de soixante-sept ans, varioleux, apporté la veille au soir du cimetière d'Ivry, où il avait été envoyé le matin, de l'amphithéâtre d'anatomie. Il a été retiré de la bière en présence de la commission et placé sur la sole,

la tête en avant, puis, à l'aide du tréteau, cette sole a été introduite dans le four, qui a été fermé à 9 heures 50 du matin. Dès l'introduction du cadavre, les cheveux et la barbe ont pris feu, et le corps s'est gonflé de pustules. La porte du four refermée, il s'est produit un dégagement sensible de fumée ; le constructeur a déclaré que ce fait provenait de ce que le fourneau de coke établi dans la cheminée avait été trop chargé avant d'être suffisamment allumé, et formait un tampon interceptant le passage. Du reste, aucune odeur. Le dégagement de fumée a cessé au bout de quelques minutes, quand le coke a été suffisamment pris. La commission a décidé que, de quart d'heure en quart d'heure, il serait procédé au relevé de l'état du cadavre, au moyen de l'ouverture ménagée à cet effet dans le four.

10 heures 5, feu violent, rouge cerise. — Le corps est complétement en feu ; les membres sont déjà très affaissés. Les os des rotules paraissent presque blancs ; le bassin brûle ; le registre d'appel est fermé aux deux tiers pour modérer le tirage.

10 heures 20. — Les os de la partie basse semblent calcinés, les rotules à moitié brûlées ; le bassin flambe, mais reste noir en partie; la tête semble intacte; le feu est plus faibe; on ne met que quelques morceaux de bois pour le maintenir au même degré sans l'éteindre ni l'activer.

10 heures 35. — Les os de la tête ne semblent pas encore attaqués ; les hanches ressortent, les côtes se dressent en l'air, mais adhèrent encore à la colonne vertébrale : on recharge le feu et on décide d'y placer huit morceaux de bois toutes les cinq minutes.

10 heures 50. — Les os ne sont pas encore réduits : la tête commence à brûler ; le bassin a encore des parties noires ; les côtes sont tombées, les hanches brûlent ; on active un peu le feu.

11 heures 5. — La tête semble à demi consumée ; les hanches continuent à brûler; les viscères blanchissent; les os des jambes sont détachés et semblent consumés.

11 heures 20. — La tête est effondrée ; un peu de flamme se montre autour de la tête et des épaules ; le bassin ne semble pas encore complètement réduit et présente des parties noires ; on recharge le foyer pour obtenir une dernière chaude.

11 heures 35. — Le four est ouvert. On voit le corps entièrement consumé ; un peu de flamme persiste autour du foie ; les os sont complètement blancs ; on referme le four pour le laisser un peu refroidir avant de retirer la sole.

11 heures 50. — La sole est retirée et placée sur le tréteau mobile ; la combustion des os est complète ; le foie seul n'est pas tout à fait brûlé et est changé en une matière spongieuse exhalant une odeur de corne brûlée ; autour des reins existe une matière pulvé-

rulente verdâtre, semblant provenir d'une vitrification partielle des viscères ; les gros os conservent leur forme mais sont friables, ainsi que la boîte crânienne. Les cendres sont réunies dans un bocal. Le poids est de 2 kil. 760. La quantité de bois brûlé pendant l'opération est de 300 kil.

2° *Procès-verbal.* — Le 22 octobre 1887, à deux heures de l'après-midi, il a été procédé au deuxième essai du four crématoire érigé au cimetière de l'Est.

Le corps à incinérer était le cadavre d'un homme de 58 ans, varioleux, apporté la veille au soir du cimetière d'Ivry, où il avait été envoyé le matin de l'amphithéâtre d'anatomie. Il a été retiré de la bière et placé la tête en avant sur la sole, qui a été introduite dans le four.

Comme pour la première expérience, de quart d'heure en quart d'heure, il a été procédé à un examen de l'état du cadavre.

2 heures 5. — La sole contenant le corps est introduite dans le four chauffé modérément, les jambes du cadavre s'écartent jusqu'à toucher les parois du four, le foyer est chargé, le feu activé.

2 heures 20. — Les pieds se sont replacés naturellement dans la sole, les jambes sont repliées les genoux en l'air: les chairs sont en combustion et les os des jambes apparaissent à nu.

2 heures 35. — Les jambes sont en partie brûlées : parties noires aux genoux, aux talons et au buste.

2 heures 50. — Les jambes sont complètement rouges, la partie supérieure du corps commence à rougir et à se consumer.

3 heures 5. — Le bassin commence à se réduire, les côtes sont brûlées, parties noires au thorax et à la tête.

3 heures 20. — Tout le corps est rouge, sauf une partie du thorax.

3 heures 45. — Toute la partie supérieure du corps est affaissée et commence à blanchir; l'opération paraît terminée. Le chauffage est continué au même degré jusqu'à 4 heures pour obtenir une réduction plus complète. A partir de 4 heures, il n'est plus mis de bois dans le foyer ; le registre est fermé aux deux tiers pour concentrer la chaleur.

A 4 heures 20, la sole est retirée.

Le corps est plus complètement consumé que le premier ; il n'y a aucune trace de taches brunes ou jaunâtres ; les cendres sont entièrement blanches. Leur poids est de 2 kil. 50 gr.

La quantité de bois brûlée pendant cette opération est de 400 kil.

NÉCROLOGIE

Le Dr Guillabert (de Toulon), ancien chirurgien de la marine, décédé à l'âge de 68 ans.

M. Legolleur, médecin de première classe de la marine, décédé au Gabon.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 10 novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Ricard, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur des hôpitaux de Paris.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Amodru, Ricklin, Richer; Gille et Gaucher, médecins des hôpitaux de Paris ; Nélaton, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Ozenne et Barette, chefs de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Michaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Morat, médecin major de deuxième classe.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gignoux, Cusset ; Josserand, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fonrobert et Chaboud.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Verne, pharmacien aide-major de première classe.

La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 24 novembre au lieu ordinaire de ses séances rue Boissy-d'Anglas 35, cité du Retiro 10, salle Prat.

Ordre du jour : 1° M. Comby. Quelques formes et localisations de l'impétigo chez les enfants.

2° M. Gilbert Ballet : Des stigmates psychiques de la dégénérescence cérébro-spinale.

Voies urinaires. — Le Dr Duchastelet commencera son cours à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, le mardi 22 novembre, à 8 heures du soir et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 138 Jeudi 24 Novembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 23 novembre 1887.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. L'émotion était vive pendant le dépouillement du scrutin. Il y avait 84 votants. M. Péan a été élu par 47 voix contre 34 données à M. Le Dentu.

M. Paul Berger a lu un important travail sur l'autoplastie par la méthode italienne, c'est-à-dire la greffe par transplantation d'un lambeau emprunté à une autre région du corps, et en conservant le pédicule jusqu'à l'adhésion parfaite de ce lambeau. Nous publions *in extenso* aujourd'hui même la communication de notre très savant collaborateur.

M. Tillaux a présenté un malade tout de circonstance, non pas à cause des remaniements ministériels et présidentiels, comme le demandaient avec anxiété quelques membres de l'Académie, mais parce que ce malade, âgé de 50 ans, est atteint d'un cancer du larynx, et que la simple trachéotomie a provoqué chez lui une notable amélioration. Une courte discussion s'est élevée sur ce sujet. MM. Verneuil et Richet sont d'avis de toujours recourir à cette opération palliative, qui donne d'excellents résultats, et de ne pas tenter l'extirpation du larynx, après laquelle la survie est beaucoup moins longue. Au contraire, M. Léon Labbé, qui a obtenu de magnifiques succès avec l'extirpation totale du larynx, pense que cette opération donnerait de bien meilleurs résultats si elle était faite plus hâtivement et si l'on n'était porté à temporiser à cause de l'amélioration indiscutable qu'amène la trachéotomie.

M. Hérard a fait un long et excellent rapport sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les vapeurs d'acide fluorhydrique. Cette méthode a été employée pour la première fois par M. le Dr Bastien qui, dès 1865, l'expérimentait à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, dont l'interne était alors M. le professeur Bouchard. Depuis, M. Henri Bergeron a employé l'acide fluorhy-

NÉCROLOGIE

Le Dr Guillabert (de Toulon), ancien chirurgien de la marine, décédé à l'âge de 68 ans.

M. Legolleur, médecin de première classe de la marine, décédé au Gabon.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 10 novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Ricard, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur des hôpitaux de Paris.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Amodru, Ricklin, Richer; Gille et Gaucher, médecins des hôpitaux de Paris; Nélaton, chirurgien des hôpitaux de Paris; Ozenne et Barette, chefs de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Michaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Murat, médecin major de deuxième classe.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gignoux, Cusset; Josserand, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fonrobert et Chaboud.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Verne, pharmacien aide-major de première classe.

La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 24 novembre au lieu ordinaire de ses séances rue Boissy-d'Anglas 35, cité du Retiro 10, salle Prat.

Ordre du jour : 1° M. Comby. Quelques formes et localisations de l'impétigo chez les enfants.

2° M. Gilbert Ballet : Des stigmates psychiques de la dégénérescence cérébro-spinale.

Voies urinaires. — Le Dr Duchastelet commencera son cours à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, le mardi 22 novembre, à 8 heures du soir et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 138 Jeudi 24 Novembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 23 *novembre* 1887.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. L'émotion était vive pendant le dépouillement du scrutin. Il y avait 84 votants. M. Péan a été élu par 47 voix contre 34 données à M. Le Dentu.

M. Paul Berger a lu un important travail sur l'autoplastie par la méthode italienne, c'est-à-dire la greffe par transplantation d'un lambeau emprunté à une autre région du corps, et en conservant le pédicule jusqu'à l'adhésion parfaite de ce lambeau. Nous publions *in extenso* aujourd'hui même la communication de notre très savant collaborateur.

M. Tillaux a présenté un malade tout de circonstance, non pas à cause des remaniements ministériels et présidentiels, comme le demandaient avec anxiété quelques membres de l'Académie, mais parce que ce malade, âgé de 59 ans, est atteint d'un cancer du larynx, et que la simple trachéotomie a provoqué chez lui une notable amélioration. Une courte discussion s'est élevée sur ce sujet. MM. Verneuil et Richet sont d'avis de toujours recourir à cette opération palliative, qui donne d'excellents résultats, et de ne pas tenter l'extirpation du larynx, après laquelle la survie est beaucoup moins longue. Au contraire, M. Léon Labbé, qui a obtenu de magnifiques succès avec l'extirpation totale du larynx, pense que cette opération donnerait de bien meilleurs résultats si elle était faite plus hâtivement et si l'on n'était porté à temporiser à cause de l'amélioration indiscutable qu'amène la trachéotomie.

M. Hérard a fait un long et excellent rapport sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les vapeurs d'acide fluorhydrique. Cette méthode a été employée pour la première fois par M. le Dr Bastien qui, dès 1865, l'expérimentait à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, dont l'interne était alors M. le professeur Bouchard. Depuis, M. Henri Bergeron a employé l'acide fluorhy-

drique dans le traitement de la diphthérie; enfin, récemment, MM. Seiler et Garcin ont appliqué de nouveau ces vapeurs au traitement de la tuberculose pulmonaire, et c'est à propos des deux communications qu'ils ont faites à l'Académie que M. Hérard a lu hier le rapport qui fixe définitivement l'état de la question.

L'Académie s'est réunie en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laborde sur les candidats dans la section d'anatomie et de physiologie. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. François Franck ; en deuxième ligne, M. Gréhant ; en troisième ligne. M. Régnard ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Hénocque, Rémy et Reynier.

— Nous avons consacré récemment un assez long article de la France médicale (n° 121) à un nouvel alcaloïde dont les propriétés nous étaient vantées par un honorable journal de New-York le *medical Record*. Ce merveilleux alcaloïde laissait bien loin derrière lui la cocaïne au point de vue de l'anesthésie locale et nous nous apprêtions, comme beauconp d'autres de nos confrère sans doute, à l'expérimenter dès que nous aurions pu nous en procurer. L'arbre qui le fournissait était, croyait-on, l'acacia stenocarpos, d'où le nom de sténocarpine qui lui avait été donné. Depuis on avait reconnu que cette arbre était le gleditschia triacanthos et la sténocarpine était devenue la gleditschine. Il ne sera plus nécessaire de discuter sur le nom botanique, car un oculiste estimé, le Dr Adolf Alt, nous apprend dans le *Weekly medical Review*, de Saint-Louis (5 novembre), que la sténocarpine ou gleditschine est une simple duperie.

Des chimistes, n'ayant pu se procurer l'alcaloïde lui-même, on tanalysé la solution à 2 p. 100 qui était dans le commerce et ils ont trouvé que cette solution était composée d'une solution de cocaïne à 6 p. 100 et d'un résidu qu'ils croient être de l'atropine.

Ce n'est pas la première fois que pareille chose arrive, cette mauvaise plaisanterie est même calquée sur celle toute récente de l'hopéine, aussi peut-être ferons-nous bien désormais de nous montrer moins rapidement enthousiastes pour les produits du Nouveau Monde.

A. Ch.

L'autoplastie par la méthode italienne modifiée.

(*Greffe par transplantation d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps, et laissé adhérent à cette région par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir.*)

Par M. Paul Berger.

Le procédé d'autoplastie en question, consiste dans la transplantation sur un ulcère ou sur une cicatrice vicieuse préalablement

avivés, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir. C'est alors seulement qu'on le sépare de son point d'origine en sectionnant le pédicule qui l'y rattache encore.

Ce mode d'autoplastie diffère de la méthode italienne proprement dite, dont il n'est qu'un dérivé, en ce que dans cette dernière, le lambeau, taillé à l'avance n'est adapté à la surface qu'il doit recouvrir que quand il est déjà recouvert de cicatrice sur ses bords et sur sa face profonde, tandis que, dans l'opération nouvelle, c'est le lambeau fraîchement taillé que l'on adapte à la perte de substance à laquelle on le fixe aussitôt par la suture.

A plusieurs reprises déjà j'ai eu recours à des opérations de cette nature pour obtenir la cicatrisation d'ulcères rebelles ou la correction de difformités dues à la rétraction cicatricielle.

Le 22 juin 1886, j'ai présenté à l'Académie de médecine un homme sur lequel j'étais arrivé à réparer une vaste perte de substance du talon, au moyen d'un lambeau pris sur la jambe opposée, et laissé adhérent à cette dernière par son pédicule jusqu'à son adhésion parfaite à son nouveau point d'implantation. Le pédicule fut coupé le 24e jour, le lambeau continua à vivre, la plaie du talon fut réparée et le malade put marcher et gagner sa vie.

Deux fois auparavant déjà j'avais mis à profit ce mode d'autoplastie avec un plein succès :

Dans un premier cas, j'avais traité un ectropion cicatriciel total, consécutif à un lupus de la face et menaçant de déterminer la perte de l'œil envahi par une kératite vasculaire, par la transplantation d'un lambeau pris sur le bras. Le pédicule de ce lambeau fut coupé le 22e jour; la paupière, ainsi restaurée, survécut et l'œil compromis put être définitivement sauvé. (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S. t. VI, p. 203; 17 mars 1880).

Une seconde opération avait consisté à recouvrir l'extrémité d'un moignon conique ulcéré, avec un lambeau emprunté à la jambe opposée et laissé 23 jours adhérent à celle-ci par son pédicule (*ibid.*, N. S. t. VIII, p. 135; 22 février 1882).

Je puis ajouter à présent à ces faits les résultats de plusieurs opérations analogues que j'ai pratiquées depuis lors et dont voici les observations en résumé :

1er *Cas.* Jeune homme de 23 ans, atteint il y à 12 ans d'une destruction des téguments de toute la jambe gauche et du cou de pied ; la cicatrice qui s'était faite n'avait jamais été complète ; elle présentait deux pertes de substances : l'une externe, au-dessus de la cheville, de 9 centimètres de diamètre vertical,

sur 5 de diamètre antéro-postérieur ; l'autre interne, un peu plus longue mais plus étroite. Jamais les ulcères n'avaient été réduits à de moindres dimensions et souvent, sous l'influence de la marche, ils s'étendaient de manière à devenir circulaires.

Dans une première opération, je réparai l'ulcère externe au moyen d'un lambeau taillé sur la face antérieure de la jambe droite ; les deux jambes, croisées, furent immobilisées dans un appareil plâtré ; le pédicule du lambeau fut coupé le 28e jour seulement, à cause d'un érysipèle ambulant grave qui se déclara et ne disparut qu'au bout de 21 jours. La guérison de l'ulcère externe fut et resta parfaite.

Une seconde opération pratiquée pour réparer d'une manière analogue l'ulcère interne au moyen d'un lambeau taillé sur la face interne de la cuisse droite, fut suivie de gangrène de ce lambeau : ce fut le seul insuccès que j'aie à enregistrer. J'attribue cette terminaison malheureuse :

1) A ce que le lambeau était trop replié sur lui-même, ce qui y entravait la circulation ;

2) A ce que je ne m'étais pas assez prémuni contre le rapprochement des deux membres inférieurs, rapprochement qui amena une compression graduelle du pédicule du lambeau ;

3) A ce que j'avais cru devoir dégraisser le lambeau qui était doublé d'un tissu adipeux trop abondant, et qu'en le faisant j'avais intéressé plusieurs petits vaisseaux ;

4) Enfin peut-être à ce que le pédicule du lambeau était pris dans la direction opposée à celle par laquelle les vaisseaux l'abordaient.

Malgré l'insuccès de cette deuxième tentative, je puis arriver à combler l'ulcère interne grâce à l'avivement que j'avais fait au moment de l'opération, grâce surtout à des pansements bien ordonnés, à un repos complet, et à la greffe dermo-épidermique de Reverdin.

Le malade, complètement cicatrisé, a été renvoyé de l'hôpital pour sa mauvaise conduite ; mais j'ai conservé de lui une photographie qui donne une idée du résultat obtenu.

2e *cas*. — De tous ceux que j'ai opérés, le plus complexe et le plus intéressant : il s'agissait d'une cicatrice de brûlure allant du sternum et du milieu du dos au poignet, circulaire, sur presque toute l'étendue du membre supérieur, et compliquée d'un ulcère de 8 à 9 centimètres de diamètre au niveau du pli du coude ; cet ulcère ne s'était pas fermé depuis deux ans que s'était produite la brûlure, cause de la déformation actuelle. De la disposition des cicatrices il résultait : une impossibilité d'écarter le bras du tronc à plus d'un angle de 30°, à cause de la cicatrice axillaire ; — l'impossibilité pour l'avant-bras de dépasser l'angle aigu (50°) dans l'extension sur le bras et sa fixation dans la flexion forcée ; par conséquent, sans parler de l'ulcération du coude, il y avait une impotence fonctionnelle totale.

Quatre opérations furent faites :

Dans la première un lambeau, taillé sur la partie latérale du tronc, fut appliqué par sa face cruentée sur la région du pli du coude avivée ; la surface granuleuse de l'ulcère avait été excisée en totalité et les brides cicatricielles divisées le plus complètement possible. Le pédicule de ce lambeau fut coupé en trois fois, les 15e, 17e et 19e jours après l'opération ; le succès fut complet.

La deuxième opération, un peu différente, fut faite afin de permettre au blessé d'écarter le bras du tronc. La cicatrice axillaire fut dédoublée et ses deux moitiés, antérieure et postérieure, furent appliquées par une sorte d'échange de lambeaux sur les faces correspondantes du bras et du thorax, préalablement libérés par la section des brides cicatricielles qui les maintenaient au contact.

Dans une troisième opération, les brides cicatricielles qui existaient encore à la face interne et postérieure du coude furent sectionnées, et on interposa dans l'écartement résultant de leur division, un lambeau de peau pris sur le flanc, lambeau dont le pédicule fut coupé le neuvième jour déjà à cause d'un peu de tiraillement qui menaçait de détruire les adhésions qu'il avait contractées avec le coude.

Une dernière opération consista à fixer sur la partie supérieure de l'avant-bras, au-dessous du premier lambeau, un nouveau lambeau taillé sur l'épigastre et dont le pédicule fut coupé le 17e jour.

Toutes ces opérations eurent un plein succès ; voici quel est aujourd'hu l'état de l'opéré : Tout son membre est recouvert de peau ou de cicatrice solide ; nulle part il ne reste d'ulcérations. Il peut étendre l'avant-bras sur le bras jusqu'à l'angle, très obtus, de 140° environ, et il fait encore des progrès dans l'extension. Il peut élever le coude presque jusqu'à la hauteur de l'épaule ; il se sert très aisément et sans souffrance de son membre pour travailler. Il est infirmier à l'hôpital Beaujon.

Des photographies que j'ai fait faire, représentent le malade avant toute intervention — à la fin du traitement — au moment où je me disposais à couper le pédicule du lambeau de la 4e opération ; sur cette dernière épreuve, on voit le lambeau tenant encore au tronc d'une part, et de l'autre fixé à l'avant-bras par la suture.

3e *cas.* — Cicatrice de brûlure, attirant le pouce gauche sur la face dorsale de la main et mettant un obstacle absolu à sa flexion, à son adduction et à son opposition, empêchant ainsi la malade de saisir aucun objet et de se servir de sa main pour aucune espèce de travail.

Deux opérations :

Dans la première les brides qui fixent le pouce sont sectionnées ; celui-ci étant libéré et écarté du 2e doigt, on interpose dans le premier espace interosseux, sur la face dorsale de la main, un lambeau pris sur la face latérale du tronc, au-dessous du sein droit. Le pédicule de ce lambeau est coupé le

18e jour ; malgré quelques menaces, le lambeau se comporte bien et l'écartement du pouce d'avec le 2e doigt reste acquis.

Dans une deuxième opération le pédicule du lambeau qui était exubérant, est utilisé pour réparer la déformation qui persiste dans le premier espace interdigital et pour augmenter encore l'écart du pouce acquis par la première opération.

Résultat très bon. L'opérée peut se servir toute la journée de sa main pour des travaux de couture. La seule cause de gêne réside dans la flexion de la 2e phalange du pouce sur la première, flexion due à la destruction du tendon du long extenseur propre par la brûlure.

Un moulage et trois photographies représentent la main avant toute opération, après la première opération et après la seconde.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

Névrites multiples dues a l'empoisonnement par l'alcool, par *Starr*, professeur à la Polyclinique de New-York. — Tous les observateurs ont appuyé sur ce fait déjà signalé par Jackson, que la paralysie alcoolique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Non pas que ce dernier en soit exempt, mais chez *lui* le poison se manifeste plutôt par des symptômes cérébraux aigus que par des troubles dans les nerfs périphériques. La paralysie évolue de préférence chez les personnes des classes élevées de la société dont le système nerveux est très développé et la vie inactive. Il n'est pas d'ailleurs impossible que les habitudes sédentaires prédisposent un alcoolique à des accidents qu'évitent des travailleurs actifs, hommes ou femmes, absorbant néanmoins des quantités aussi considérables d'eau-de-vie. Toutes les liqueurs alcooliques ne sont pas capables au même titre de produire la paralysie. Ce sont surtout les alcools, brandy, whiskey, gin, le rhum et les liqueurs qui sont dangereuses. L'évolution alcoolique se fait lentément. Pendant des mois la malade souffre de gastrite chronique, d'insomnie, de douleurs névralgiques généralisées ou localisées aux jointures ou aux membres, avec du tremblement et de la faiblesse motrice, qui, assez souvent s'accentue brusquement. C'est ainsi qu'un des malades du service fut pris de paralysie au saut du lit. Cette paralysie ayant débuté par les jambes ne tarda pas à arriver jusqu'à la cuisse, et au bout de quelques jours les membres supérieurs furent pris également. Les extenseurs sont plus particulièrement atteints que les fléchisseurs. Les muscles paralysés sont flasques et ne tardent pas à s'atrophier. Ils n'ont pas d'ex-

citabilité et les réflexes tendineux sont abolis. La réaction est nulle excepté si l'on donne une intensité considérable au courant faradique. Avec le courant galvanique la réaction de dégénération a lieu. Le muscle n'est point excité par l'électrisation directe de ses nerfs. Dans les cas graves les progrès de la paralysie sont rapides, les nerfs crâniens sont pris, et la mort ne tarde pas à survenir par paralysie du diaphragme. Assez fréquemment, lorsque la paralysie est limitée aux membres, elle s'arrête et le malade peut recouvrer graduellement la santé. La position des membres paralysés est caractéristique. La main est fléchie sur l'avant-bras tout comme dans l'empoisonnement saturnin, le pied se rapproche du pied-bot équin par suite de la faiblesse des muscles tibiaux antérieurs. La déformation est encore augmentée de ce fait que les malades sont généralement couchés avec les pieds étendus, et la contraction des fléchisseurs augmente l'abaissement et la projection de la pointe du pied.

L'hyperesthésie est assez fréquemment observée, et surtout dans les jambes, on l'a vue, à la suite d'empoisonnements par l'absinthe, limitée à la plante des pieds. Les muscles, aussi bien que la peau, sont sensibles au toucher et à la pression. D'ailleurs, les sensations les plus diverses ont été observées, une de mes malades croyait avoir des bracelets pesants autour des poignets ; il semblait à une autre qu'un épais caleçon enveloppait ses jambes, etc... D'ailleurs les sensations de cette nature sont variables. L'abolition de la sensibilité tactile et à un degré quelconque du sens musculaire sont de règle quand la paralysie a atteint son développement habituel. Le sentiment de la température et de la douleur ne sont jamais perdus, mais peuvent éprouver des retards de transmission. L'anesthésie est parfois limitée à des points irréguliers ou à la distribution cutanée d'un nerf, mais le plus habituellement on peut la reconnaître généralisée à tout le trajet du nerf, dans un membre paralysé. La perte du sens musculaire dans certains cas a tellement frappé *Drechsfeld*, que cet auteur distingue toute une série de malades qu'il considère comme atteints d'ataxie alcoolique et non de paralysie. Les sujets appartenant à cette variété étudiée par les auteurs français sous le nom de *Pseudo tabes alcoolique*, peuvent être pris pour des ataxiques, il y a chez eux tremblement et vertiges quand ils se tiennent debout les yeux fermés. Pour ce qui est des sens spéciaux, ils sont occasionnellement affectés, on a signalé l'amblyopie, la névrite optique se terminant par l'atrophie du nerf optique (Brissaud), symptômes qui peuvent amener des confusions avec l'ataxie vraie. Cependant le signe d'*Argyll-Robertson* (pupille se contractant à l'accommodation, mais non à la lumière) n'a pas encore été observé dans les ataxies alcooliques. Quant aux troubles cérébraux, ils demeurent une des caracté

ristiques de la paralysie alcoolique. Au premier rang, l'excitation, les hallucinations des divers sens, le délire, puis les pertes de mémoire portant principalement sur les faits récents, l'impossibilité de concentrer l'attention sur un point, l'indifférence absolue aux besoins du corps, enfin, la tendance (Strümpell) à imaginer des histoires de leur maladie qu'ils finissent en les racontant par se persuader à eux-mêmes. La marche des névrites alcooliques est uniforme. Après un début brusque, les symptômes atteignent rapidement un maximum, une semaine ou deux après les premières manifestations de la paralysie ou de l'ataxie. Arrivés à ce degré ils peuvent augmenter, et alors la mort survient à brève échéance par une paralysie respiratoire, ou bien vont en s'atténuant graduellement dans l'espace de deux mois à un an. Les muscles reprennent leur force, leur tonicité et leur contractilité électrique. Durant cette période, les fourmillements et l'engourdissement des mains et des pieds peuvent atteindre un haut degré. C'est à ce moment que l'on voit se développer des contractures musculaires donnant lieu à des déformations permanentes qu'il faudra combattre par des massages longtemps continués ou des opérations préventives. (*Boston medical and Surgical Journal.* Fébr. 1887.) Louis Boucher.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le professeur Morachee (de Bordeaux), qui se porte candidat au titre de correspondant dans la 1re division ; 2° une lettre de M. le Dr Armand B. Paulier, priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté sur quelques procédés permettant de durcir et de ramollir à volonté le cerveau humain ; 3° une lettre de M. le Dr Illingworth, de Londres, sur le traitement de la diphthérie par le biiodure de mercure (Renvoyé à la Commission du prix Saint-Paul); 4° une lettre de remerciement de M. le professeur Renaut (de Lyon), nommé, dans la dernière séance, correspondant de l'Académie.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le Dr Bousquet (de Marseille), une note manuscrite sur l'*ergot d'avoine et son emploi dans la thérapeutique utérine.*

Monument de la Touraine. — M. *Constantin Paul*, sur l'invitation de M. le président, lit l'éloge de Trousseau qu'il a prononcé à Tours où il était allé représenter l'Académie à l'inauguration du monument

de la Touraine. Ce discours est accueilli par des applaudissements.

Réclamation. — M. *le Secrétaire perpétuel* lit une lettre dans laquelle un membre de l'Académie, M. Cusco, proteste contre ce fait qu'un pharmacien de Paris a apposé des cachets portant son nom sur un produit qui est depuis longtemps dans le domaine public.

L'Autoplastie par la méthode italienne. — M. *P. Berger* lit le travail que nous publions en tête de ce numéro et présente deux malades.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Nous avons donné, il y a huit jours, la liste de présentation.

Sur 84 votants, majorité 43, M. Péan est élu par 47 voix contre 34 données à M. Le Dentu, 1 à M. Périer, 1 à M. Chauvel, et 1 bulletin blanc.

Cancer du larynx; trachéotomie. — M. *Tillaux* présente un malade de 50 ans, atteint d'un cancer du larynx. Le Dr Aysaguer avait envoyé ce malade à M. Tillaux dans le but de faire pratiquer l'extirpation du larynx. Cet homme était dans un état de cachexie avancée. M. Tillaux crut préférable de pratiquer la trachéotomie. Ce fut un changement à vue; cet homme a repris l'appétit et les orces. L'opération a été pratiquée le 20 juin. Le malade est sorti de l'hôpital le 13 juillet. Depuis ce temps, son poids a augmenté de 3 kilog. Il exerce à Paris la profession de brocanteur. Son larynx n'est assurément pas guéri, mais depuis ce temps il a plutôt diminué de volume. Dans les cas de ce genre, M. Tillaux préfère volontiers une opération palliative, comme la trachéotomie, à une opération radicale comme l'extirpation du larynx.

M. *Verneuil*. La démonstration de la supériorité de la trachéotomie sur l'extirpation du larynx est bien près d'être faite; la survie dans le premier cas est beaucoup plus longue que dans le second. M. Verneuil a fait, il y a un an, la laryngotomie inter-cricoïdienne chez un malade de Montereau, qui, actuellement, court les champs et qui peut parler lorsqu'avec le doigt il bouche l'orifice de la canule, quoique son larynx soit rempli par l'épithélioma.

M. *Richet* cite de même un malade de Marseille, qui a survécu dix-huit mois après la trachéotomie faite pour un cancer du larynx; il a actuellement dans ses salles de l'Hôtel-Dieu un autre malade du même genre.

M. *L. Labbé* a pratiqué plusieurs fois l'extirpation totale du larynx. Dans certains cas, l'opération de l'extirpation du larynx a été faite trop tardivement, précisément parce que la trachéotomie, déjà faite, avait donné de bons résultats et avait fait patienter. Si, au contraire, on faisait l'extirpation du larynx de très bonne heure, on

aurait une survie beaucoup plus longue. Il est donc difficile, dans les conditions actuelles, d'avoir une opinion ferme sur la survie consécutive à l'extirpation complète du larynx.

De l'emploi de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — M. *Hérard*, au nom d'une commission, fait un rapport sur deux communications faites à l'Académie sur ce sujet par MM. les Drs Seiler et Garcin. Le traitement de la phthisie pulmonaire par l'acide fluorhydrique paraît avoir été mis en pratique pour la première fois par M. le Dr Bastien, qui l'expérimenta en 1866 à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot qui avait alors comme interne M. Bouchard ; depuis, M. le Dr Henri Bergeron, sur le conseil de M. Bastien, a employé les vapeurs d'acide fluorhydrique dans le traitement de la diphthérie, et il est resté fidèle à cette méthode.

Les ouvriers employés à la cristallerie de Baccarat possèdent une immunité remarquable pour la phthisie pulmonaire, et, lorsqu'ils sont atteints de bronchite, ils demandent volontiers à séjourner dans leurs ateliers.

M. Hérard conclut que l'acide fluorhydrique possède un pouvoir antiseptique considérable. Les résultats cliniques et les résultats thérapeutiques montrent à l'évidence l'influence de cet acide sur le bacille tuberculeux. Tous les symptômes s'amendent peu à peu en même temps que ces malades prennent toutes les apparences d'une bonne santé.

La statistique de M. Garcin est des plus favorables. M. Hérard, qui a vu tous ses malades, croit cependant qu'il ne faut pas trop se hâter d'affirmer la guérison définitive de ceux dont le traitement a cessé depuis trop peu de temps.

Le meilleur procédé consiste à amener dans une cabine disposée *ad hoc* l'air qui a barboté dans une solution d'acide fluorhydrique ainsi composée :

Eau..............................	300	grammes.
Acide fluorhydrique...............	150	—

Les malades restent une heure dans la cabine dont l'air acide est renouvelé tous les quarts d'heure. Le nombre des inhalations varie de 20 à 70.

Relativement à la dose d'air acide à introduire dans la cabine à inhalations, il faut savoir qu'il est possible, mais c'est un maximum, de fournir au malade 30 litres d'air chargé d'acide fluorhydrique par mètre cube d'air ordinaire.

Examinons maintenant les effets généraux et locaux produits chez les phthisiques par les inhalations.

En résumé, dit l'orateur, les inhalations d'acide fluorhydrique possèdent une action thérapeutique incontestable quand la phthisie n'est pas parvenue à une période trop avancée. J'ajoute qu'elles sont exemptes d'inconvénients, d'une application facile, et que d'ailleurs elles peuvent être combinées avec les médicaments internes ou externes, et surtout avec le traitement hygiénique, base essentielle de toute bonne thérapeutique.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre plusieurs rapports de concours pour les prix et le rapport de M. Laborde sur les candidats dans la section d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 28 novembre au 3 décembre 1887.

Lundi 28. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Remy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Delens, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Guyon, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Ollivier, A. Robin. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Fournier, Damaschino, Déjerine.

Mardi 29. — 2e examen, doctorat oral (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quenu. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Fernet, Raymond. — 4e examen, doctorat : MM. Peter, Proust, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Duplay, Panas, Peyrot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Richet, Tarnier, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Legroux, Ballet.

Mercredi 30. — Médecine opératoire : MM. Lannelongue, Kirmisson, Jalaguier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Baillon, Villejean. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Joffroy.

Jeudi 1er. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie), (1re série) : MM. Richet, Tarnier, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Le Fort, Panas, Bouilly. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Quinquaud. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. Laboulbène, Bouchard, Hanot. — 4e examen, doctorat (2e série) : MM. G. Sée, Proust, Raymond.

Vendredi 2. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Reclus, Kirmisson. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Delens, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat, (1re partie), Charité (2e série) : MM. Trélat, Marc Sée, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Damaschino, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard.

Samedi 3. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Bouilly, Campenon. — 5e examen, doctorat, (1re partie) Hôtel-Dieu : MM. Tarnier, Polaillon, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Ball, Legroux, Hutinel.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés : directeur du laboratoire des cliniques : M. Guérin, agrégé ; — chef des travaux chimiques M. Thorion ; — préparateur de chimie : M. Fistié ; — chef des travaux de physique : M. Bagnéris, agrégé ; — chef des travaux d'hygiène : M. le Dr Vallois ; — chef des travaux du laboratoire de thérapeutique : M. le Dr Ganzinotti.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 14 novembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de deuxième classe. — M. Barriat, médecin auxiliaire de deuxième classe.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Réland, aide-pharmacien, pharmacien universitaire de première classe.

UNE OVATION AU PROFESSEUR BOTKIN. — Un incident caractéristique s'est produit à la leçon clinique de M. Charcot, à la Salpêtrière. M. Charcot a présenté à ses auditeurs un des assistants, le célèbre professeur Botkin, qui, on le sait, est médecin du czar, et enseigne la *Clinique interne* à l'*Académie* de Saint-Pétersbourg. En le présentant, M. Charcot a rappelé en quelques mots les travaux de M. Botkin, qui honore son pays autant par ses œuvres que par l'élévation de son caractère, et dont les sympathies pour la France sont connues de tous. Spontanément, tous les assistants ont souligné par leurs applaudissements les paroles de M. Charcot, et M. Botkin a été l'objet d'une véritable ovation.

(*Progrès médical*).

Le Propriétaire-Gérant : Dr B. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 139 Samedi 26 Novembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

L'autoplastie par la méthode italienne modifiée.

(Greffe par transplantation d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps, et laissé adhérent à cette région par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir.)

Par M. Paul Berger,

(Suite et fin) (1).

De cet exposé sommaire de ma casuistique, il résulte que j'ai eu recours neuf fois à l'autoplastie par la méthode italienne modifiée, sur six sujets dont un a subi trois transplantations de lambeau, un autre deux, chacun des quatre autres une seule transplantation. Une fois seulement je perdis un de ces lambeaux par gangrène, et il m'a été facile d'assigner à cet accident regrettable des causes précises tenant à des imperfections et à des fautes dans le manuel opératoire et dans le pansement; c'est dire que de semblables insuccès peuvent être évités presqu'à coup sûr.

Dans un autre cas, le résultat de l'opération a été compromis par un érysipèle grave : néanmoins le lambeau a résisté et son adhésion avec son nouveau point d'implantation s'est régulièrement effectuée. — Je n'ai jamais observé d'autre complication ni d'autre accident grave, et le principal inconvénient de l'opération réside dans la position forcée et dans l'immobilité prolongée qu'il faut infliger au malade.

En revanche l'autoplastie par la méthode italienne modifiée s'applique à la réparation des pertes de substance, des difformités et des attitudes vicieuses par rétraction cicatricielle du voisinage, dans des cas auxquels aucune autre variété d'autoplastie n'est applicable; par exemple : lorsque les cicatrices occupent toute la surface du membre, et que nulle part on ne peut trouver au voisinage de l'ulcère

(1) Voir *France médicale*, n° 138.

ou de l'avivement à recouvrir, des téguments sains en qualité suffisante — ou bien lorsque l'utilisation de ce qui reste de téguments sains pour former un lambeau risque d'aggraver les déformations existantes ou d'en produire de nouvelles. A cet égard la méthode en question mériterait d'occuper une plus large place dans les opérations réparatrices de la face.

Pour ce qui est du manuel opératoire de ce genre d'autoplastie, et des soins consécutifs qui lui sont applicables, les préceptes suivants me paraissent devoir être rigoureusement observés :

I. Préparation a l'opération. — Le choix de la région où doit être taillé le lambeau est ici de première importance ; pour le déterminer on se guidera sur les considérations suivantes :

Il faut que la partie sur laquelle on prend le lambeau puisse être amenée et maintenue au contact de la partie sur laquelle on doit le fixer, sans effort et sans imposer à l'un ou à l'autre membre, ou à aucune partie du corps, une situation forcée, douloureuse ou trop gênante par son maintien prolongé.

Il faut que le lambeau, entièrement taillé dans des téguments sains, nulle part dans une cicatrice, ne laisse pas une perte de substance capable d'occasionner une difformité ou une impotence ; le lambeau devra donc être pris autant que possible loin des articulations, dans la continuité des segments de membre ou sur le tronc.

Le lambeau devra être dessiné à l'avance avec le plus grand soin : on choisira le plus possible pour son pédicule celui de ses côtés, dirigé vers la racine du membre, par où l'abordent les vaisseaux sanguins : mais on veillera surtout à ce que ce pédicule ne puisse être ni tordu ni tiraillé dans aucun sens lorsqu'il sera fixé par la suture. — Ses dimensions devront excéder d'environ un tiers celles de la perte de substance qu'il s'agira de recouvrir. On cherchera, sans donner trop d'importance à cette considération, à ce qu'il soit pris dans une peau analogue comme épaisseur, comme résistance, comme revêtement pileux, à la peau de la région sur laquelle il sera fixé.

Après avoir déterminé la position exacte dans laquelle devront être maintenues les parties jusqu'à la section du pédicule du lambeau, on moulera sur elles, dans cette situation, des attelles ou des valves plâtrées amovibles, qui, après l'opération, seront réappliquées et fixées les unes aux autres par des liens bouclés, des bandes, ou même encore des circulaires plâtrés, rendant ainsi solidaires les parties qu'il faudra maintenir en rapport.

Enfin les membres seront soigneusement rasés, nettoyés et maintenus aseptiques plusieurs jours à l'avance.

II. L'OPÉRATION elle-même comprend quatre temps que nous nous bornons à indiquer :

1° *L'avivement* de la surface à recouvrir doit comprendre la dissection et l'ablation totale de la couche granuleuse au niveau des pertes de substances sur lesquelles le lambeau viendra s'appliquer : Un simple raclage ou un nettoyage à la curette serait insuffisant. — On cherchera, en pratiquant cet avivement, à aller jusqu'à la rencontre des tissus sains, à enlever toute l'épaisseur de la cicatrice ; mais comme cela n'est pas toujours possible, on aura soin de couper toutes les brides cicatricielles qui maintiennent les parties dans des rapports anormaux jusqu'à libération complète de celles-ci. Aucune ligature ne sera faite sur les vaisseaux intéressés dans ce temps de l'opération; l'hémostase est obtenue par la compression de la plaie avec des éponges aseptiques.

2° *La dissection du lambeau*, déterminé à l'avance suivant les règles que nous avons données, comprendra la peau avec le tissu cellulaire sous-jacent. Ce dernier sera relevé avec le lambeau à mesure surtout qu'on se rapprochera du pédicule; à ce niveau on aura soin de ménager tous les vaisseaux sanguins qu'on verra se diriger vers le lambeau. Il faut éviter autant que possible de dessiner le lambeau dans des parties chargées d'une trop grande quantité de tissu cellulaire adipeux, mais, si l'on ne pouvait faire autrement, on se garderait de retrancher ce tissu cellulaire, sinon tout à fait sur les bords, car en le faisant on s'exposerait à intéresser les vaisseaux qui nourrissent le lambeau.

3° *La réunion* comprend d'abord la réunion par première intention et par suture de la perte de substance que laisse à découvert la dissection du lambeau ; cette réunion qui nous a réussi toutes les fois que nous l'avons tentée, doit être pratiquée car elle raccourcit notablement le temps de la guérison.

La réunion du lambeau lui même à la surface qu'il doit recouvrir se fait par une suture très soignée au crin de Florence; les points doivent être rapprochés; vers le pédicule il est bon d'en passer un ou deux plus profondément pour empêcher, en cas de tiraillement, toute espèce de décollement en ce point : il nous a paru inutile de passer des points de suture profonds au travers du lambeau jusqu'à la surface d'avivement (suture de matelassier); l'adhésion de la face profonde du lambeau, qu'il faut rechercher avant tout, s'obtient aisément par une compression modérée sur sa surface, quand l'affrontement des bords s'est fait sans tiraillement. La suture n'est qu'un moyen de contention en quelque sorte supplémentaire : le lambeau doit être mesuré, disposé, taillé de telle sorte que de lui-même il s'applique exactement à toute la surface qu'il doit recouvrir;

ce principe est la condition première de la réussite dans toutes les autoplasties.

4° *Pansement et immobilisation.* Le pansement qui m'a paru le mieux convenir à cette sorte d'opération est le pansement à l'iodoforme : un pansement distinct, avec drainage, si celui-ci est nécessaire, sera fait sur la ligne de réunion de la plaie causée par la dissection du lambeau ; un autre pansement recouvre le lambeau en entourant son pédicule, et en exerçant sur sa surface, à l'aide de quelques couches d'ouate, un degré modéré de compression. — Ce pansement ne doit être renouvelé que s'il s'était déplacé, ou s'il était traversé par un suintement sanguin, séreux ou purulent, ou si quelque nécessité se faisait sentir d'inspecter la ligne de réunion. Puis on appliquera les valves plâtrées préparées à l'avance, mais on aura soin, préalablement, d'interposer entre les deux membres, ou entre le membre et le tronc, des coussins d'ouate ou mieux de balle d'avoine, recouverts d'une enveloppe imperméable et aseptique ; ces coussins, en empêchant le contact absolu de ces parties, préserveront le pédicule du lambeau d'être trop replié sur lui-même ou d'être comprimé par le rapprochement graduel du membre sur lequel il a été pris et de celui sur lequel il s'applique. — Puis les valves seront maintenues solidement par un appareil extérieur composé soit de bandes roulées, soit de bandelettes de diachylon, soit plutôt encore de nouveaux tours de bande plâtrée.

III. Soins consécutifs. — Nous venons dire qu'il nous paraît préférable de ne pas toucher au pansement à moins d'indication positive telle que : déplacement du pansement ou de l'appareil, suintement, douleur vive ou fièvre. — Si on est obligé de le faire, un aide maintiendra le membre et empêchera tout mouvement avec le plus grand soin pendant tout le temps où l'appareil sera relâché pour permettre l'inspection et le renouvellement du pansement ; celui-ci ne sera fait qu'avec les plus grandes précautions, on évitera surtout de toucher au lambeau et, s'il est nécessaire de nettoyer sa surface ou ses alentours, on le fera au moyen d'un courant d'eau borique ou phéniquée faible. On ne touchera pas aux sutures ; celles-ci ne seront retirées qu'après la section du pédicule.

La section du pédicule ne doit être faite prématurément que quand le tiraillement qu'il exerce menace de détruire les adhésions du lambeau à son nouveau point d'implantation. En pareil cas on peut le diviser dès le 7e ou le 8e jour, mais le lambeau court alors des chances sérieuses de nécrose totale ou partielle. Je crois qu'il est possible, dans presque tous les cas, de faire cette section vers le 15e jour. Il est peut-être préférable de la pratiquer en deux ou trois temps, avec un ou deux jours d'intervalle, afin d'accoutumer

graduellement la circulation sanguine du lambeau à s'effectuer grâce aux connexions vasculaires nouvelles qui se sont produites.

Après avoir divisé le pédicule, on peut utiliser sa partie flottante pour une petite autoplastie supplémentaire, complétant le résultat obtenu par l'opération principale.

Les deux membres sont séparés, et un pansement approprié est appliqué sur chacun d'eux. Il est bon de ne toucher en aucune façon au lambeau les premiers jours, et de n'enlever les points de suture que quand on s'est assuré de la parfaite vitalité et de l'intime adhésion de la partie transplantée.

Telles sont les règles que m'ont amené à adopter les résultats de mon expérience personnelle. Somme toute, l'opération en question est moins difficile dans son exécution même, que minutieuse et délicate par sa préparation, qui doit être fort étudiée, et par les soins très attentifs dont il faut la faire suivre. — Je me réserve, dans un travail prochain, d'appuyer ces conclusions sur l'histoire complète de mes opérés, de les développer et d'y joindre quelques détails historiques sur les origines de cette méthode d'autoplastie qui parait destinée à rendre d'utiles services à la chirurgie réparatrice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

CURE RADICALE DES HERNIES. — M. *Trélat* rappelle qu'il a fourni pour sa thèse d'agrégation à M. Segond, des observations où il disait qu'il avait fini par réduire par des purgatifs, le repos, la position, etc., des hernies momentanément irréductibles, et qu'avant d'intervenir il fallait employer tous les moyens médicaux usités : il est revenu de cette opinion ; il enseigne maintenant qu'il faut opérer ces hernies.

Il y a longtemps que je défends, contrairement à M. Berger, la gravité de la hernie congénitale : elle se complique et s'aggrave facilement, et l'étranglement y est facile et grave.

Depuis longtemps, j'ai soutenu cet axiome que toute hernie sortie de l'abdomen devait être incontinent rentrée dans l'abdomen. Je le disais pour la hernie étranglée.

Aujourd'hui j'ajoute que toute hernie congénitale, ou non, qui n'est pas complétement, constamment et facilement contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale.

Je conviens que l'opération dite cure radicale est beaucoup plus riche en bienfaits quand elle sert à faire disparaître des accidents

menaçants, quand elle substitue un état plus parfait à un état imparfait, quand elle substitue un état simple à un état compliqué, beaucoup plus qu'en guérissant définitivement la hernie. C'est du reste ce qu'avait dit M. Segond dans la dernière séance.

Je ne crois pas qu'il faille soumettre à l'opération un jeune enfant atteint de hernie congénitale, car elle guérit seule. Pour l'opérer, il faut une complication, avec difficulté de contention.

La formule générale donnée par M. Championnière est une très bonne formule : il dit en effet qu'il faut disséquer le sac le plus haut possible et le ligaturer le plus haut possible.

Cette dissection est-elle facile, difficile, impossible ou facile à remplacer ? Voilà la question.

Il faut disséquer les couches les plus internes du sac pour avoir le moins de difficulté possible, comme le dit M. Championnière.

Il peut se faire qu'il y ait des difficultés, et qu'on ne puisse séparer que difficilement le cordon. Il vaut mieux avoir recours à des procédés moins bons, tel que le capitonnage.

Quelquefois j'ai fait la ligature du sac en haut, et la suture en capiton en bas.

Si ce testicule est en ectopie, s'il parait être cause de douleurs ou gêne l'application d'un bandage, il vaut mieux le supprimer.

Dans le cas de testitule petit, mal fixé, la tentative de fixation du testicule au fond des bourses, comme l'a fait M. Championnière, est une tentative rationnelle.

Les cas de hernie dite enflammée, devenue irréductible depuis peu de temps, sont justiciables de la cure radicale, contrairement à l'opinion que je soutenais autrefois.

Les hernies petites, récentes, sont-elles justiciables d'une opération ? Cela me paraît un peu exagéré.

M. *Championnière*. Je trouve que M. Berger a été très heureux dans le nombre de guérisons qu'il a obtenues par les bandages ; je crois qu'on guérit moins par le bandage que ne le dit M. Berger.

Un hernieux qui a été opéré par la cure radicale pourra porter un bandage avec une extrême négligence, tandis qu'un hernieux non opéré ne devra jamais se relâcher de sa surveillance.

Les statistiques présentées par M. Berger ne peuvent pas avoir de valeur, car les cas qui y sont cités ne sont pas comparables.

Je n'ai pas de raison pour modifier les indications d'opérer que j'ai données dans mon livre.

J'insiste, du reste, sur le peu de gravité de l'opération quand on fait bien l'antisepsie.

Je ne vois pas d'inconvénient à faire des cures radicales avant d'avoir essayé le port d'un bandage.

PIED BOT VARUS EQUIN. TARSECTOMIE. GUÉRISON, par M. *Duret*. RAPPORT. — M. *Polaillon*. Enfant de 6 ans, qui avait été traité inutilement par la ténotomie, et porteur d'un pied bot paralytique congénital en varus équin. Les os étaient très déformés, la marche difficile, les jambes atrophiées.

Il fait d'abord la ténotomie de tous les tendons rétractés, et il ne put obtenir la plus légère amélioration. Il en conclut qu'il fallait faire la tarsectomie.

Je crois que les manipulations suffisent chez les enfants.

Il fit donc la tarsectomie. L'enfant a parfaitement guéri ; il croit néanmoins qu'il faut faire porter un appareil de contention pendant la croissance.

M. Duret a été obligé pour redresser, après la tarsectomie, de faire la section de tous les tendons et du ligament latéral interne. Or, cela suffit chez les enfants quand on y ajoute les manipulations, sans qu'on soit obligé d'y ajouter la tarsectomie.

Un enfant en voie de croissance peut guérir par les ténotomies et les manipulations, comme l'a dit depuis longtemps Guérin, et comme le pensent la plupart des chirurgiens.

ONGLE INCARNÉ. — NOUVEAU TRAITEMENT PAR M. CHASSINAT (d'Hyères). — RAPPORT. — M. *Polaillon*. Il guérit l'ongle incarné par la poudre d'indigo. Le rapporteur croit que l'auteur a fait erreur et qu'il a eu à traiter des onyxis pour des ongles incarnés.

AUTOPLASTIE PAR LA MÉTHODE ITALIENNE. — PRÉSENTATION DE MALADES. — M. *Berger* présente des malades auxquels il a fait des autoplasties par la méthode italienne. Il s'agit de plaies ne se cicatrisant pas, ou d'ulcères ne guérissant pas. Dans un cas, il s'agit d'un malade qui avait le bras collé au corps par une brûlure et le coude fléchi. Dans l'autre, d'une femme qui, à la suite d'une brûlure, avait une rétraction du pouce telle que la flexion et l'opposition étaient impossibles.

M. *Terrier* dit qu'il a vu avec M. Le Fort, à New-York Hospital, des greffes semblables.

Il a vu notamment un malade qui avait une brûlure au dos de la main ; or, le chirurgien lui avait passé la main sous un pont de peau de la partie antérieure du thorax.

M. *Le Fort* dit que le procédé dont parle M. Terrier ne l'a pas séduit beaucoup, car la face palmaire de la main est en rapport avec la face cruentée du thorax, et la mutilation me paraît plus grande que dans le procédé employé par M. Berger.

M. *Segond* présente une nouvelle sonde pour pratiquer des injections intra-utérines. P. BAZY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 1er, à 1 heure. — M. CAMBOURS : De la cystite primitive idiopathique. *Président :* M. Trélat. — M. DEUMIÉ : Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde. *Président :* M. Potain.

Vendredi 2, à 1 heure. — M. DE MALHERBE : Des avantages de la laparotomie par l'ouverture de certains abcès profonds du bassin. *Président :* M. Lannelongue. — M. LYON : Essai sur les rétrécissements du vagin. Congénitaux et acquis. *Président* : M. Lannelongue.

Samedi 3, à 1 heure. — M. PROVENDIER : De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie. *Président* : M. Duplay. — M. ROGER : Contribution à l'étude de la diphthérie. — La diphthérie au Havre sa dissémination, ses causes ; moyens de les combattre. *Président :* M. Proust. — M. ALBERT : Kystes hydatiques. Traitement. *Président :* M. Duplay.

NÉCROLOGIE

Le Dr FOURNIER, de Soissons, reçu en 1853.

Le Dr MARCHAND, qui avait exercé la médecine à Reims, pendant plusieurs années.

Le Dr DAVID (Auguste), de Morestel (Isère), reçu en 1845, décédé le 14 novembre, à l'âge de 67 ans.

Le Dr DURAND (F.), d'Alger, reçu en 1873.

Le Dr H. TROLLIER, d'Alger, reçu en 1845.

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du novembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Danion.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Hirtz et Séglas, médecins des hôpitaux de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Périer.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris M. le médecin aide-major de deuxième classe Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Jullien, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Laugier, préparateur de chimie au laboratoire des Hautes Etudes au Muséum.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe Denoix.

Au grade de médecin major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Desbrosse et Biot ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Pauffard, professeur suppléant à l'École de médecine de Dijon.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Ménard, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

12e corps d'armée. *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Lemaistre, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lacombe et Mirabel ; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Raymondaud et Dérignac, professeurs à l'Ecole de médecine de Limoges.

Brigade d'occupation de Tunisie. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Arnaud, médecin des hôpitaux de Marseille.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'argent de première classe vient d'être accordée à M. Girard, chef du laboratoire de chimie à la Préfecture de Police, pour sa belle conduite dans plusieurs circonstances ; a notamment, le 18 octobre 1887, sauvé, dans les conditions les plus périlleuses, une femme sur le point d'être asphyxiée dans une maison incendiée.

La Société de médecine de Bucarest. — Un groupe de médecins de Bucarest vient de décider la création dans cette ville d'une Société de médecine dont le bureau est ainsi composé : Président, M. le professeur Sutzo ; vice-président, M. le professeur Babes ; secrétaire général, M. le Dr Assaky ; secrétaires des séances, MM. les Drs Buicli et Cantacuzène ; trésorier, M. le professeur Manolesco.

Tous ces noms, très honorablement connus à Paris, nous sont un sûr garant de l'importance que ne manquera pas de prendre la nouvelle Société.

Faculté de médecine de Bucarest. — Le Dr Grigoresco est nommé professeur de physiologie.

Le Britisch medical journal donnerait à ses propriétaires, d'après l'*Union médical du Canada*, un revenu annuel de 825,000 fr. !

Son tirage hebdomadaire est de 14,000.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE. — Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

Ce Congrès est organisé par un comité composé de :

MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, *Président*; le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *Vice-Président*; Butel, vétérinaire à Meaux, Vice-Président de la Société de médecine vétérinaire pratique; Leblanc, membre de l'Académie de médecine; Nocart, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire général de la Société de médecine vétérinaire pratique; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du Comité*; L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, *Secrétaire général*.

Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies, mais ayant également trait à la tuberculose.

Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil, professeur d'anatomie à la Faculté.

Une autre journée sera consacrée à des examens et des autopsies d'animaux tuberculeux à l'Ecole d'Alfort.

Tous les médecins et vétérinaires français et étrangers pourront, en s'inscrivant en temps utile et en payant une cotisation de 10 francs, devenir membres du Congrès et prendre part à ses travaux.

La cotisation donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès*.

Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français.

Des détails plus complets sur les statuts et le règlement du Congrès seront publiés ultérieurement.

Questions proposées par le Comité d'organisation.

I. — Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.

II. — Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

III. — Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques.

IV. — Du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales;

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement;

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé;

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces nimales;

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch, des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasistes animaux ou à des corps étrangers

Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes;

Mode de formation des cellules géantes et des ilots tuberculeux;

Évolution des tuberculoses locales;

Des agents destructeurs des bacilles de Koch;

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale;

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Adresser les cotisations à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congrès, à M. le Dr Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 13 *au* 19 *novembre* 1887. — Fièvre typhoïde 16. — Variole, 7. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 0. — Diphtérie, Croup, 27. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55.

Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 49. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 57.

Bronchite aiguë et chronique, 42. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 76.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 51.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 4.

Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 191. — Causes inconnues, 3.

Nombre absolu de la semaine : 910. — Résultat de la semaine précédente : 879.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER,

Médecine clinique, par le professeur G. SÉE et le Dr LABADIE-LAGRAVE, médecins des hôpitaux, tome IV. — **Urologie clinique et maladies des reins**, par LABADIE-LAGRAVE, 1 fort vol. in-8° avec 43 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 18 fr.

Avis.—Les tomes I à VI sont en vente. Le tome VI paraîtra fin janvier.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 140 Mardi 29 Novembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

De l'antisepsie intestinale.

Par M. le professeur Bouchard (1).

La recherche de l'antisepsie intestinale n'est pas une question nouvelle agitée seulement par des médecins de notre époque. Elle a préoccupé depuis longtemps les cliniciens d'autrefois et ceux-ci ont tantôt employé des antiseptiques, qui ne produisaient pas il est vrai l'antisepsie vraie de l'intestin, tantôt ont pratiqué l'antisepsie à peu près vraie sans s'en douter, en employant par exemple le sulfure noir de mercure.

Mais si la question n'est pas nouvelle, elle semble se renouveler à l'heure actuelle et les recherches récentes sur la toxicité des urines et des matières fécales ont peut-être contribué à ce résultat.

Il fallait en effet prouver d'abord que les *matières fécales sont toxiques*. Le fait admis comme évident a été démontré par Stich. J'ai mesuré cette toxicité. L'extrait de quarante-cinq grammes de matières fécales suffit pour intoxiquer un kilogramme d'animal. Dans les états putrides, l'extrait de dix-sept grammes produit le même résultat.

De plus j'ai montré que la toxicité des urines augmentait avec la putridité intestinale, diminuait au contraire quand on se rapproche de l'état normal.

La toxicité des matières une fois démontrée, comment pouvait-on la diminuer ou la supprimer, comment en un mot pouvait-on pratiquer l'antisepsie du tube digestif?

On a d'abord pensé qu'il suffirait *d'évacuer les matières toxiques*. On a donc eu recours aux purgatifs et aux vomitifs. C'est dans cet ordre de moyens qu'il faut ranger les évacuations mécaniques telles que celle employée récemment (Senator) et qui consiste à pratiquer le lavage ou l'évacuation sans lavage de l'estomac dans les cas d'obstruction intestinale.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

C'est à un excellent moyen qui, s'il ne guérit pas le malade, améliore certainement son état en diminuant la quantité des matières toxiques et lui permet d'attendre la guérison si l'obstacle opposé aux matières n'est pas insurmontable.

Mais ce n'était là qu'un moyen palliatif : on a cherché autre chose et l'on s'est efforcé soit *de neutraliser les matières toxiques*, soit *d'empêcher les fermentations*.

J'ai moi-même employé dans le premier de ces buts le charbon; je suis arrivé de cette façon à supprimer l'odeur des matières fécales et à diminuer leur toxicité, j'ai même constaté que la toxicité des urines diminuait parallèlement. Mais l'*antisepsie vraie* consiste surtout *à empêcher les fermentations* de se développer et on a usé, pour arriver à ce résultat, de différents procédés.

On a d'abord pensé qu'il suffisait d'introduire dans le tube digestif des substances antiseptiques pour détruire les fermentations toxiques et même les fermentations normales; aussi s'est-on adressé au chlore, à l'iode, aux sulfites, à l'acide phénique, à la créosote. Le défaut de cette catégorie d'agents c'est que c'étaient des antiseptiques solubles.

Je pense que cette condition est mauvaise : qui dit antiseptique soluble dit antiseptique absorbable et absorbable pendant tout le trajet à travers le tube digestif. Or ce sont justement les dernières parties de ce tube, le gros intestin en particulier, qui sont le siège des putréfactions intestinales. L'agent antiseptique n'y arrive pas, ayant été absorbé avant. Son absorption à un autre inconvénient; elle introduit le médicament dans le sang et peut amener une intoxication.

Il faut donc, je crois, supprimer les antiseptiques solubles et recourir aux insolubles ou du moins aux médicaments à peine solubles et cela malgré le préjugé qui veut qu'un corps insoluble ne puisse être antiseptique.

On s'est adressé d'abord aux *sels de mercure*. Le calomel a dû être abandonné, car il ne pouvait être continué longtemps. Le sulfure noir a joui, et avec raison, de plus de faveur. Il fait disparaître la sécheresse de la bouche, ce qui est un bon signe de la diminution de la putridité intestinale; de plus il est véritablement antiseptique, puisque, introduit dans un bouillon de culture, il empêche dans ce bouillon le développement de la plupart des micro-organismes. Cependant comme il faut avec ce produit des doses très fortes, je pense qu'il vaut mieux chercher ailleurs.

L'iodoforme et le *salicylate de bismuth* ont été employés par Vulpian. Certes l'iodoforme est antiseptique à la dose de 0,60, 0,80, 1 gramme, mais il a des inconvénients. Il est toxique, et il est toxique dans des circonstances et dans des cas impossibles à

prévoir. C'est un médicament à surprises : de plus il est souvent utile de continuer l'antisepsie pendant longtemps, pendant plusieurs semaines dans la fièvre typhoïde. Or le pouvoir toxique de l'iodoforme est tel qu'on ne tue qu'en donnant 0 gr. 50 par jour. Mais si l'on peut donner 0,50 par kilogramme d'animal comme dose unique, on ne peut pas dépasser 0,05 centigr. par kilogramme comme dose quotidienne. C'est donc un médicament dangereux.

Le salicylate de bismuth n'est pas antiseptique, quand il n'y a pas de putréfaction. La coloration noire des matières, indice de la décomposition du sel et de la production du sulfure noir de Bismuth, n'apparaît que s'il existe de l'acide sulfhydrique pour déplacer l'acide salicylique. C'est un médicament qui peut servir de témoin. Si l'on emploie un autre antiseptique concurremment avec lui, il montre que les putréfactions sont vaincues, quand il cesse de colorer les matières et quand on cesse de trouver l'acide salicylique dans les urines.

La *naphthaline* a été expérimentée par Rossbach et, ce faisant, il a fait faire un grand pas à la question de l'antisepsie intestinale. Je me suis servi de la naphthaline pendant longtemps avec succès et si j'ai cherché un autre antiseptique c'est que, à côté de ses avantages, elle présente des inconvénients. Elle donne lieu à des éruptions prurigineuses, à de la dysurie, à du ténesme vésical et parfois à des eschares cutanées. Je ne parle pas de la cataracte qui ne peut se produire chez l'homme à la dose employée, mais dont la possibilité ne peut manquer de jeter quelque défaveur sur le médicament.

Je donne la préférence au *naphthol* et c'est à celui-ci que je vais m'arrêter quelques instants.

Le napht hol est presque insoluble (0.20 c. dans un litre d'eau), — il n'a presque pas d'odeur et ne détermine pas de renvois, — il ne provoque pas de douleur sur les muqueuses de l'estomac ou de l'intestin, enfin, raisons majeures, son pouvoir toxique est plus faible que celui de la naphthaline et son pouvoir antiseptique plus fort. En voilà assez, je pense, pour expliquer mes préférences. J'e mploie le naphthol à la dose de 2 gr. 50. J'obtiens ainsi le même effet q u'avec 5 grammes de naphthaline. Je le donne à dose fractionnée — t outes les heures si la chose est possible — en 18 doses le plus souven t, dans du pain azyme mélangé, pour augmenter sa division, avec du sucre ou du salicylate de bismuth, le médicament témoin dont je parlais tout à l'heure. Dans les états moins sérieux, je le donne e n 3 ou 4 fois dans les 24 heu res. On peut aussi l'administrer en pilule s ou en granules.

Le naphthol a été accusé de nombre de méfaits, on a dit qu'il donnait de l'hémoglobinurie, qu'il produisait le coma, les convulsions éclamptiques et la mort. Je n'ai jamais, dans mes expériences préparatoires, amené la mort en donnant à l'animal 3 gr. 50 de

naphthol par kilogramme du poids du corps. Je ai eu quelquefois avec 3 gr. 80 par kilog.

Cependant cette substance est toxique, très toxique même : quand on l'introduit dans le sang à 0,05 centigramme par kilogramme d'animal, on a des effets toxiques consistant en spasmes et convulsions rythmiques des pattes, des lèvres et des paupières. Si l'on pousse jusqu'à 0,08 centigrammes, la mort survient par arrêt de la respiration avec conservation du mouvement du cœur.

Si l'on dépose dans le sang de la poussière de naphthol, on produit l'intoxication par la dissolution de ces poussières. Mais comme pour cette expérience c'est dans le sang de la veine porte que l'on dépose le médicament, il est possible que les embolies capillaires produites dans le foie par les poussières suspendent l'action de la glande hépatique et amènent une auto-intoxication difficile à séparer de l'intoxication par le médicament.

Si l'on introduit une dissolution de naphthol dans le tube digestif, le produit est toxique à 0.40 centigrammes par kilogramme, il faudrait donc 26 grammes environ de naphthol *dissous* pour amener des accidents chez un homme de 65 kilogrammes. Si la quantité introduite par ma thérapeutique dans le tube digestif se dissolvait tout entière (2 gr. 50) ce ne serait que la dixième partie de la masse nécessaire pour amener une intoxication.

Les *résultats* de l'administration du naphthol sont les suivants :

Disparition totale de l'odeur des matières (remplacée parfois par une légère odeur de marée).

Modification de couleur, les matières prennent la couleur verte, biliaire.

Aucune sensation pénible, pas d'éructation, pas de dysurie, pas d'éruption, pas d'amaigrissement, jamais de cataracte.

Donc pas de phénomène pathologique et antisepsie intestinale très suffisante.

Je vous propose donc l'emploi du naphthol non seulement dans la fièvre typhoïde, où il n'est qu'un des éléments du traitement et où ses effets se font sentir par l'humidité de la langue, l'abaissement de la température (celle-ci remonte, si on suspend le médicament) et l'absence de stupeur, mais encore dans les intoxications par les viandes avariées, intoxications qui durent parfois quinze ou vingt jours : vous verrez disparaître au bout de quelques heures les évacuations putrides.

Dans les auto-intoxications par suppression ou diminution du rôle destructif du foie ou éliminateur du rein, vous aiderez le malade à lutter contre l'insuffisance de ces deux organes, parfois passagère, et

vous supprimerez ainsi l'accumulation souvent funeste des poisons non détruits dans l'organisme.

Deux cas de sciatique déformante,

Par le Dr Paul Berbez,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le courant de l'année 1886, il est venu à la consultation externe de la Salpêtrière deux ou trois malades atteints de névralgie sciatique avec déformation de la colonne vertébrale. M. le professeur Charcot, qui avait vu chez lui plusieurs malades atteints de la même affection et présentant la même particularité, nous a appris à voir dans cette déviation du rachis une conséquence rare, à la vérité, mais possible, de la sciatique.

Il a étudié devant nous cette nouvelle malformation, et a essayé d'en établir la pathogénie et les caractères principaux.

J'ai été appelé au mois de juin auprès d'une malade atteinte de sciatique déformante, et c'est là l'observation dont je veux aujourd'hui entretenir la Société clinique.

Mme B..., à Montmartre, a 69 ans. Elle est issue de rhumatisants. Père hydropique cardiaque. Mère rhumatisante chronique. Deux frères sont : l'un, goutteux, l'autre, cardiaque, après plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Elle-même, sans habiter de logement humide, a eu ses premières douleurs rhumatismales vers 25 ans.

A 25 ans, en effet, rhumatisme articulaire aigu sans cardiopathie, ayant envahi toutes les grandes jointures, puis, douleurs rhumatiques vagues occupant les épaules, les masses musculaires, les genoux, les muscles du mollet. A 35 ans, *sciatique du côté gauche.* Douleurs horribles. La malade reste au lit pendant plusieurs mois, mais la jambe dans la demi-flexion, tordue sur elle-même. Cette douleur devenant plus tolérable, la malade se lève et marche appuyée sur une canne ; à cette époque, elle prend l'habitude de laisser porter tout le poids du corps sur la *jambe droite ;* elle élève l'épaule. Elle se trouve si soulagée par cette attitude qu'elle l'adopte et marche penchée sur le côté droit, l'épaule gauche très élevée.

Les douleurs se calment au cours d'une grossesse ; levée de nouveau après l'accouchement, la malade encourt les admonestations de son mari qui lui reproche de marcher courbée en deux, ne reposant le pied gauche sur le sol que par l'extrême pointe, quoique la douleur ait disparu.

La malade a neuf enfants. Ressentant toujours des douleurs vagues

dans le sciatique gauche, peu à peu, elle se redresse et marche comme tout le monde.

A 55 ans, *sciatique du côté droit*. Reproduction fidèle de tout ce qui s'est passé pour le côté gauche. La malade se porte sur le côté gauche, élève le côté droit, n'appuie sur le sol que par la pointe des orteils droits.

La colonne vertébrale s'incurve, et c'est au bout de quatorze ans de cette fâcheuse maladie que nous voyons la patiente.

Assise, la malade se tient assez bien, on ne voit rien. Debout, l'attitude change. Le corps repose sur la jambe gauche, la fesse droite très élevée, le pied reposant sur le sol par la pointe des orteils légèrement ramenée en dedans. L'épaule est haute et dépasse de plusieurs centimètres l'épaule du côté opposé. La tête s'incline sur l'épaule gauche.

Vue de dos, dépouillée de ses vêtements, la malade nous apparaît ainsi : l'épaule droite dépasse l'épaule gauche. Les muscles du cou sont tendus à droite (pour lever la tête à gauche : sterno-mastoïdien). La colonne vertébrale décrit une courbe à concavité tournée du côté sain. Le rachis, d'une façon générale, décrit une S italique. Le sommet de l'S partant de l'occipital.

La fesse droite s'élève, la gauche s'abaisse.

La cuisse droite légèrement fléchie est portée en avant et en haut, elle semble raccourcie. Le pied ne repose que sur la pointe.

Nous disons à la malade de marcher, elle saisit alors une canne de la main gauche (côté sain), lance la moitié droite de son corps en avant avec précaution. Dans ce mouvement de projection en avant du membre inférieur droit, le pli fessier s'abaisse à peine, le pied n'appuie jamais par toute la plante.

Nous avons essayé de redresser ce rachis en couchant la malade sur un lit et en nous efforçant de mettre sur la même ligne transversale les deux crêtes iliaques. Cela nous a été impossible. Autant essayer, par des moyens analogues, de redresser une scoliose. Disons aussi que tous les signes classiques de la névralgie sciatique : points douloureux de Valleix, légère atrophie (3 centimètres) étaient réunis.

La douleur spontanée était intolérable la nuit ; aussi, nous eûmes l'idée de donner à la malade de l'acétanilide à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 dans des cachets médicamenteux Limousi.n Cela se passait en mai, et l'acétanilide était d'un usage moins fréquent qu'aujourd'hui.

Après l'ingestion d'un paquet d'un gramme, à 11 heures du soir, on vint me chercher en toute hâte. La malade, sans être autrement incommodée, avait les lèvres, le nez, les mains et les pieds froids et

violacés, c'était tout à fait l'aspect des cyanoses cardiaques. Les extrémités étaient tellement engourdies que l'on pouvait pincer la peau très violemment sans éveiller de douleurs. Ces accidents locaux (il n'y avait rien d'appréciable du côté du cœur) ont duré trois heures. Vers 2 heures du matin, tout avait disparu.

La douleur ayant un peu cédé, je conseille de nouveau l'acétanilide; les mêmes accidents se reproduisirent. Je suspendis alors l'usage du médicament. J'ai, depuis, soigné la malade par le massage, et j'ai obtenu une amélioration assez sensible des accidents douloureux. La déformation reste toujours ce qu'elle était.

Mon ami Babinski, alors chef de clinique de M. Charcot, devait réunir les observations du service et faire un mémoire sur ce sujet.

En attendant qu'appuyé sur des éléments plus nombreux il formule ses conclusions, nous croyons pouvoir dire :

1° Certaines sciatiques s'accompagnent de déformations (déviations latérales) du rachis d'un aspect tout à fait spécial.

2° Ces sortes de scolioses peuvent être distinguées des scolioses vraies.

3° Au début, le malade prend l'attitude qui supprime ou diminue les douleurs; l'attitude qu'il prend alors et qui réalise le but devient la cause d'une incurvation spéciale du rachis.

On peut distinguer ces malades des coxalgiques avec qui ils ont pourtant beaucoup de ressemblance par ce fait que :

1° Le coxalgique s'appuie sur le côté malade et soulève le côté sain.

2° Le plus souvent, le coxalgique tient sa canne de la main du côté malade.

3° La tête s'incline sur le côté malade.

Telles sont les quelques réflexions que nous a suggérées la malade dont nous rapportons ici l'observation.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

COMMENT ON DOIT TRAITER LA BLENNORRHAGIE. — M. *Ch. Mauriac* publie dans les deux derniers numéros de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (n°s 40 et 41) un travail dont il formule ainsi les conclusions :

1° Le traitement abortif n'est indiqué et n'a quelque chance de réussir dans la blennorrhagie aiguë que pendant les premières heures de son début.

2° Toutes les tentatives pour couper une blennorrhagie pendant sa

période d'augment et sa période d'état sont inutiles ou dangereuses et ne donnent que de fausses guérisons.

3° La pratique antiseptique d'emblée, suggérée par la théorie microbienne de la blennorrhagie, n'a abouti jusqu'ici qu'à des résultats illusoires.

4° Il est indispensable de soumettre la blennorrhagie aiguë à un traitement antiphlogistique jusqu'à la disparition à peu près complète de ses phénomènes les plus inflammatoires. — Il faut la conduire au point de maturité convenable avant de recourir à la médication répressive.

5° Celle-ci ne donne des résultats décisifs et durables que dans la phase involutive du catarrhe spécifique.

6° Les agents de la médication répressive sont le copahu et le cubèbe à l'intérieur, le sulfate de zinc en injections.

7° On commencera par les balsamiques qui, à eux seuls, produisent parfois une guérison définitive. — Dans la plupart des cas, tout en continuant l'usage, on aura recours aussi à des injections astringentes.

8° La durée de la médication répressive doit être courte. Si elle ne donne pas vite les résultats qu'on en attend, il faut y renoncer et recourir aux antiphlogistiques.

9° C'est par la médication antiphlogistique qu'il faut recommencer le traitement des blennorrhagies aiguës imparfaitement guéries, qui renaissent sans cesse, et, tout en ayant l'air de céder aux répressifs, ne se laissent jamais subjuguer par eux seuls d'une façon définitive.

MEMENTO PRATIQUE

—

TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR LE NAPHTOL ET L'ACIDE PYROGALLIQUE. — 1° *Pommade au naphtol.*

Cette préparation est ainsi formulée :

P. Naphtol β .... 10 grammes.
Axonge.......................... 90 grammes.
F. s. a.

Tous les soirs pendant quinze jours, on pratique une friction avec cette pommade, le malade revet une chemise de flanelle et le lendemain matin on enlève l'excès de pommade par une lotion à l'eau savonneuse chaude (E. Besnier).

2° Si après quinze jours le résultat est nul, on remplace cette préparation par la *pommade à l'acide pyrogallique* à 5 0/0 et plus tard à 10 0/0.

Pour éviter toute irritation cutanée ou tout accident rénal, on ne pratique les onctions que sur une surface restreinte et tous les quatre jours seulement sur la même région.

3° Sur les plaques peu étendues de psoriasis, M. Besnier pratique des badigeonnages avec un pinceau imbibé de *collodion aux acides salycilique* et *pyrogallique* qu'il formule ainsi :

P. Acide pyrogallique. | a. a. 6 grammes.
Acide salicylique. |
Ether et alcool.................. q. s. pour liquéfier
Ajoutez : 80 grammes de collodion élastique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

Séance du 25 *juillet* 1887. — *Présidence de* M. REUSS.

M. *Schwartz* rapporte une observation de hernie crurale étranglée chez une femme de 72 ans, qu'il a opérée par la kélotomie à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette hernie a présenté quelques particularités anatomiques intéressantes à signaler.

La tumeur mise à nu par une incision se présente comme une masse multilobée noirâtre par place, jaunâtres en d'autres avec des appendices graisseux qui pouvaient faire penser à un gros intestin hernié et dépourvu de sac. L'hésitation ne fut pas longue ; se rappelant le précepte que, quand on doute que la partie qu'on a sous les yeux soit l'intestin, ce n'est sûrement pas lui, M. Schwartz n'hésite pas et fendit la paroi qui n'était autre que celle d'un sac multilombaire et chargé de graisse. Au-dessous se trouvait une petite anse d'intestin très fortement étranglée dans l'anneau crural. Le débridement fut facile, le sac fut réséqué et lié ; la malade était guérie huit jours après.

M. *Muselier* croit avec M. Schwartz que les chirurgiens donnent aujourd'hui le pas à la kélotomie, faite en temps opportun, au taxis prolongé.

M. *Porak* se rappelle avoir observé, à Bicêtre, un cas de mort par suite de péritonite généralisée, chez un vieillard auquel on avait réduit assez facilement une hernie par le taxis, 24 heures auparavant. Cet homme souffrait déjà depuis deux heures, et il est probable qu'il avait été soumis pendant ce laps de temps, à des manœuvres plus ou moins violentes de taxis.

Ce fait vient donc corroborer l'opinion de M. Schwartz sur le danger du taxis un peu trop prolongé.

M. *Schwartz* croit qu'en raison des douleurs prolongées de ce malade, la kélotomie eût été préférable au taxis même facile.

M. Muselier fait une communication à propos de ce qu'on pourrait appeler les faux cancers de l'estomac (*sera publiée*).

M. *Foucart* cite une observation à l'appui de la communication de M. Muselier.

M. *Schwartz* rapporte deux faits de curage de cancers utérins inopérables radicalement, dans lesquels se produisit au bout d'une dizaine de jours une entérite glaireuse et sanguinolente. Les malades reçoivent deux fois par jour une injection vaginale de sublimé à 1/4000.

Tous les accidents disparurent dès que le lavage au sublimé fut supprimé.

La séance est levée à 10 heures.

NÉCROLOGIE

Le Dr Lelièvre, de Paris, reçu en 1842.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — La séance, spéciale pour les candidats devant faire leur volontariat cette année, a eu lieu mercredi dernier. La question posée à cette épreuve orale a été : « Rapports du cœur ; signes et diagnostic de la péricardite aiguë. »

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours s'ouvrira, le 4 juin 1888, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à la dite école, et le 11 juin 1888, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant aux chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Ecole de médecine de Rouen. — Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, à l'Ecole de médecine de Rouen, ouvert à la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Brunon.

Ecole de médecine de Caen. — Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale et obstétricale, à l'Ecole de médecine de Caen, s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 15 novembre 1887. Le jury se compo-

sait de M. Le Fort, président, et de MM. Lannelongue et Ribemont-Dessaignes de la Faculté de Paris, Simon et Bourienne de l'Ecole de médecine de Caen, juges, et de MM. Guyon et Maygrier, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, étaient MM. les docteurs Vigot et Noury.

Les sujets suivants ont été traitées : première épreuve (composition écrite) : le creux sus-claviculaire ; diagnostic des tumeurs du creux sus-claviculaire. — Deuxième épreuve (leçon de trois quarts d'heure) : fractures du col du fémur. — Troisième épreuve (médecine opératoire) : amputation du gros orteil et du métatarsien correspondant.

M. le docteur Noury a été nommé professeur suppléant.

Conseil municipal de Paris. — *Etablissements de dispensaires de quartiers.* — Le Conseil municipal dans sa séance de vendredi, 25 novembre, a renvoyé à l'examen de la 5e commission la proposition suivante de M. Vaillant :

« Considérant : l'insuffisance au point de vue médical des maisons de secours ;

« La nécessité d'une première et immédiate réforme de l'assistance médicale en utilisant les cadres actuels,

« Le Conseil délibère :

« En chaque arrondissement, les maisons de secours seront remplacées chacune par un dispensaire formé de deux parties distinctes : l'une pour les enfants malades ; l'autre pour les adultes.

« Le médecin du dispensaire pour les enfants malades sera, en même emps, médecin-inspecteur des écoles de la circonscription scolaire desservie par le dispensaire et médecin du bureau de bienfaisance, afin de soigner aussi à domicile les enfants qu'il a inspectés à l'école et soignés au dispensaire, afin aussi de pouvoir assurer, quand il y a lieu, le don gratuit des médicaments.

« Ce médecin sera, autant que possible, pris parmi les médecins ayant pendant un an, au moins, participé au service d'un hôpital d'enfants.

« Le médecin du dispensaire pour adultes sera de même attaché au bureau de bienfaisance, de façon à donner à domicile ses soins aux malades qui auraient passé par le dispensaire.

« Les conditions d'établissement de ces dispensaires, d'organisation et de fonctionnement de leur service, feront l'objet d'un projet que la 5e Commission et l'Administration sont invitées à présenter très prochainement.

Observatoire météorologique de Montsouris. — Par arrêté préfectoral, en date du 22 novembre 1887, M. le docteur Pelletan est nommé météorologiste-adjoint à l'Observatoire météorologique de Montsouris.

Bureau central météorologique de France. — M. le Dr Daumesnil, médecin de l'asile de Vincennes, est nommé pour un an, à partir du 28 novembre, secrétaire du bureau central météorologique de France.

Eaux minérales. — *Récompenses décernées par l'Académie.* — Par arrêté ministériel du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été décernées aux per-

sonnes qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1885.

Médaille d'or. — M. le D[r] Philbert, médecin inspecteur des eaux de Brides.

Rappels de médaille d'or. — MM. le D[r] Tillot, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil; Lacour, pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire d'Oran.

Médailles d'argent. — MM. les D[rs] Cazaux, médecin consultant à Eaux-Bonnes; Challan de Belval, médecin principal de l'armée aux eaux de Bourbonne; Cros, médecin inspecteur des eaux de Lamalou-le-Bas.

Rappels de médaille d'argent. — MM. les D[rs] Laissus, médecin inspecteur des eaux de Salins; Blanc, médecin inspecteur des eaux d'Aix; Bouyer, médecin inspecteur des eaux de Cauterets; Gubian, médecin-inspecteur des eaux de la Motte-les-Bains; Grimaud, médecin inspecteur des eaux de Barèges.

Médailles de bronze. — MM. les D[rs] Fargues, médecin consultant aux eaux de Cauterets; Mignot, médecin consultant aux eaux de Pougues; Deligny, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Propriétaire-Gérant: D[r] E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 141 Jeudi 1er Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — **Travaux originaux** : Sur des procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des microbes, par M. le Dr Charrin. — **Revue de la presse française.** — **Comptes rendus analytiques des Sociétés savantes** : *Académie de médecine*, séance du 29 novembre 1887. — *Société médicale des hôpitaux*, séance du 25 novembre 1887. — **Bibliographie.** — **Faculté de médecine de Paris** : Tableau des actes du 5 au 10 décembre 1887. — **Nouvelles.** — **Bulletin bibliographique.**

Paris, le 30 novembre 1887.

M. L.-H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, a repris l'histoire de la découverte des glandes bulbo-uréthrales, et, des deux anatomistes qui ont attaché leur nom à ces glandes, il a cherché quel était celui qui les avait réellement décrites le premier. La question, aujourd'hui, ne doit plus faire l'ombre d'un doute. Notre compatriote Méry a décrit ces glandes en 1684, et il avait déjà publié plusieurs travaux lorsque, en 1699, Cooper en donna à son tour la description. Nous ne devons donc plus dire glandes de Cooper, mais glandes de Méry.

La séance publique annuelle de l'Académie étant annoncée pour le 13 décembre, un certain nombre de rapports de prix ont été lus dans la séance d'hier. Parmi ces rapports, nous devons principalement signaler celui de M. Léon Le Fort, qui a été l'objet d'une utile discussion. Il s'agissait du concours du prix de l'Académie, dont le sujet était : *De l'hystérectomie vaginale.*

M. Verneuil a fait observer à ce sujet que dans tous les cas où l'hystérectomie totale était indiquée, c'est-à-dire dans les cas de cancer utérin encore très limité, l'hystérectomie partielle, c'est-à-dire l'amputation du col, donnait des résultats plus faciles à acquérir, et une survie au moins aussi considérable.

M. Trélat critique le procédé de M. Verneuil à cause des dangers que fait éprouver le voisinage du péritoine, et M. Le Fort croit avec lui que l'hystérectomie totale donne des résultats plus rapides et plus complets.

Une élection, faite dans la section d'anatomie et de physiologie, a fait sortir, avec une belle majorité (61 voix sur 74 votants), le nom de M. François Franck, professeur suppléant au collège de France.

A. CH.

Sur des procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des microbes.

Par M. le Dr Charrin (1).

On sait que la pyocyanime, substance chimique cristallisable, à réactions précises, bien étudiées par Fordos, est produite par un micro-organisme. La fonction chromogène de ce micro-organisme a été nettement établie par Gessard. Cet auteur, le premier, malgré de nombreuses tentatives faites antérieurement, a appliqué à cette démonstration la rigueur des procédés nouveaux.

Les aspects que peut revêtir ce microbe sont multiples. En ce qui concerne le côté morphologique, il nous suffira de dire, pour le moment, que cet organisme dont nous poursuivons l'étude, M. L. Guignard et moi, au laboratoire de M. le professeur Bouchard, se présente ordinairement sous la forme bacillaire. Toutefois, nous ferons remarquer dès maintenant que, suivant les conditions de milieu et d'âge, ce même microbe offre des variations très étendues, qu'il est possible de réaliser à volonté, depuis la forme d'un bactérium extrêmement court jusqu'à celle de filaments très allongés, variations dont les relations avec la production de la pyocyanine ne sont pas sans intérêt.

Relativement à son action sur les animaux, on n'ignore pas que l'on peut arriver à rendre ce micro-organisme pathogène, contrairement à certaines assertions. J'ai maintes fois vérifié ce fait; d'autres ont bien voulu le contrôler et l'ont aussi reconnu. Il suffit du reste, pour cela, d'injecter dans les veines de l'oreille du lapin une culture pure. Presque toujours l'animal inoculé devient malade et meurt dans des délais qui sont en raison de la virulence de la culture et de la dose employée (1/5 à 1/2 centimètre cube et plus). La survie peut être de un à deux jours, de dix, de quinze, même davantage. Dans les cas de longue durée surtout, il n'est pas très rare d'observer, outre l'albuminurie, la diarrhée, la fièvre, l'amaigrissement, des accidents paralytiques, en particulier de la paraplégie et parfois de la rétention d'urine, comme je l'ai d'ailleurs déjà signalé.

On peut retrouver les microbes injectés, dans les urines, dans les matières fécales, dans les viscères. Ils sont restés vivants et fonctionnant, puisqu'il est facile de constater, en même temps que leur présence, les réactions de la pyocyanine dans les milieux solides ou liquides ensemencés avec les humeurs ou les tissus de l'animal. De

(1) Communication à l'Académie des sciences.

plus, si l'on injecte la pyocyanine avec le microbe ou sans le microbe, on voit, pour des doses égales et relativement faibles, inférieures par exemple à 3cc ou 5cc, que les accidents sont nuls lorsque le bacille est absent, ou en tout cas infiniment moins rapides, infiniment moins intenses que lorsque ce bacille lui-même est inoculé en même temps que la matière chimique.

L'introduction du micro-organisme et son développement dans le corps du lapin sont donc, pour la plus grande part du moins, les causes premières de la maladie.

Que l'intoxication joue un rôle, que le bacille, en dehors des lésions matérielles (néphrite, entérite, etc.), agisse également par la substance ou les substances plus ou moins modifiées que sa présence fait naître dans le corps de l'animal, la chose est possible; elle nous paraît maintenant très probable. En effet, en injectant rapidement dans les veines, à fortes doses (40cc, 60cc, etc., par kilogramme), le liquide de culture privé de tout microbe et contenant de la pyocyanine, on peut provoquer de l'albuminurie, de la diarrhée, quelquefois, à très longue échéance, de la paralysie, enfin la mort. C'est bien alors une intoxication pure et simple; mais dans le cas de l'inoculation d'une faible dose, soit 1/2 centimètre cube de culture, contenant à la fois et le micro-organisme et ses produits, s'il y a intoxication, cette intoxication est sous la dépendance du développement du microbe et, par conséquent, secondaire à l'infection.

Ceci étant établi, si, au lieu d'injecter le microbe dans les veines, on l'injecte sous la peau du flanc à des doses ne dépassant guère 1/2 à 2/3 de centimètre cube, presque constamment, à part quelques troubles fort légers, l'inoculation reste absolument sans influence, au moins en apparence. Si l'on répète sur des lapins ces inoculations sous-cutanées, six, huit, dix fois en injectant par exemple tous les trois ou quatres jours 1cc, ou un peu moins, en des points différents et avec les précautions antiseptiques, on reconnaît qu'à la suite de cette pratique les lapins ont acquis une résistance spéciale. Lorsqu'en effet on les inocule alors par voie intra-veineuse en même temps que des lapins témoins, avec la même dose de la même culture virulente (1/2 à 3/4 de centimètre cube), les lapins témoins succombent le plus souvent en deux à cinq jours, tandis que les lapins inoculés préalablement sous la peau meurent au bout de quarante à soixante jours; parfois même ils résistent complètement.

Or il y a deux choses dans les doses inoculées par voie sous-cutanée : le bacille et les substances chimiques. Débarrassons-nous du bacille par la filtration et la chaleur à 115°, assurons-nous par la culture que le liquide obtenu est stérile et injectons ce liquide sous la peau par doses fractionnées de 6cc à 8cc, renouvelées, tous les

trois à cinq jours, six, huit, dix fois, technique qui, d'ailleurs, n'a rien d'immuable. Pendant ces injections et les premiers jours qui suivent, les lapins paraissent bien portants.

Si alors nous inoculons les animaux préparés de la sorte et des animaux témoins par voie intra-veineuse et avec la même dose virulente, les animaux témoins, comme précédemment, mourront, en général, en deux à cinq jours; tandis que les animaux qui auront reçu les matières solubles auront une survie dont la moyenne a été, pour onze expériences, de cinquante et un jours; la plus courte a été de 21 jours. Ils succombent tardivement, avec des accidents paralytiques, et leurs tissus, à ce moment, ne renferment pas le bacille. Il semble qu'il y ait là une intoxication plutôt qu'une infection avortée; mais de nouvelles expériences sont nécessaires pour résoudre ce côté de la question.

Ce que l'on peut dire en s'en tenant strictement aux faits, c'est que, dans les conditions indiquées, il est possible d'augmenter la résistance du lapin à un microbe déterminé, de rendre cette résistance plus ou moins complète et durable, soit en inoculant au préalable ce microbe par une autre voie, soit en injectant préalablement les produits solubles des cultures.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Réglementation de la prostitution en Belgique. — L'Académie de médecine de Belgique, qui a consacré de nombreuses séances à la discussion des moyens de modérer la prostitution, vient, dans sa séance du 29 octobre, de terminer cette longue discussion par le mode des propositions suivantes :

« L'Académie estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes.

« La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques doit être interdite.

« Les femmes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires.

« Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes.

« L'Académie royale de médecine de Belgique estime que les visites sanitaires fréquentes et convenablement appliquées constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° une lettre du ministre de l'instruction publique, consultant l'Académie sur la durée que l'on doit donner à la période d'isolement pour les élèves des lycées atteints de maladies contagieuses ; 2° une lettre du ministre de l'instruction publique portant ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Péan ; 3° une lettre de M. le Dr Longo, de Bordj-Bou-Arréridj, signalant à l'Académie ce fait que la variole est endémique dans les pays kabyles, qu'elle fait de fréquentes apparitions dans les pays arabes et que cet état est dû aux inoculations varioliques continuelles que font les Kabyles ; 4° une lettre de M. le Dr Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, adressant un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1886-1887 dans le 7e corps d'armée.

Hygiène de l'enfance. — M. le Dr *Villiers* lit son rapport sur les travaux envoyés en dehors des mémoires sur la question des prix pour l'hygiène de l'enfance. Ces ouvrages, tant manuscrits qu'imprimés, sont au nombre de 24.

Sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales par Jean Méry. — M. *Proust* lit, au nom de M. le Dr *L. H. Petit*, une note sur la découverte des glandes de Méry et de Cooper. L'auteur montre que la description des glandes par Méry date de 1684 et celle de Cooper de 1699 seulement ; il communique à l'Académie un certain nombre de documents qui ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et physiologie. La Commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. François Franck ; en deuxième ligne, M. Gréhant ; en troisième ligne, M. P. Régnard ; en quatrième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Henocque, Rémy et Reynier.

Sur 74 votants, majorité 38, M. François Franck est nommé au premier tour de scrutin par 61 voix contre 8 données à M. Gréhant ; 2 à M. Regnard, 1 à M. Remy et deux bulletins blancs.

Prix de l'Académie pour 1887. — M. *Le Fort* lit son rapport sur les travaux envoyés pour le prix. Le sujet était : *De l'hystérectomie vaginale*.

M. *Verneuil* veut faire une réserve pour l'hystérectomie partielle, l'amputation du col. Les cas qui se prêtent à l'hystérectomie totale

sont les cas de cancer de l'utérus encore très limités, or, c'est précisément dans ce cas que l'hystérectomie partielle est tout à fait indiquée. M. Verneuil a publié sur ce sujet, il y a trois ans, une brochure dans laquelle il rapportait 10 cas dont 2 terminés par la mort. Dans ces cas, la moyenne de survie, pour chacun, des cas opérés par M. Verneuil est de 19 mois. Actuellement, la moyenne de survie pour l'amputation partielle est de près de 22 mois.

M. Verneuil se sert pour cette opération de l'écraseur linéaire de Chassaignac ; il passe l'aiguille à travers la partie médiane du col et coupe ainsi cet organe en deux moitiés ; il fait exactement l'amputation du col là où il a placé la chaîne. L'opération n'est pas difficile ; on ne peut en dire autant de l'hystérectomie vaginale.

M. *Trélat* a opéré quatre fois par l'hystérectomie vaginale, il a eu une mort, ce qui fait 25 p. 100, comme dans le rapport de M. Le Fort. Il critique le procédé de M. Verneuil à cause des dangers que fait éprouver le voisinage du péritoine. M. Trélat n'a fait que trois fois cette opération, parce qu'il a refusé plus de quinze fois de la faire. D'ailleurs, toutes les opérations sont passibles du même reproche ; on ne peut savoir si l'on a dépassé les limites du mal.

M. *Le Fort.* D'après le travail de Hoffmayer, de Berlin, la guérison a été généralement plus rapide après l'hystérectomie totale qu'après l'hystérectomie partielle. Il est encore plus prudent, dans les cas d'épithélioma du col au début, de faire l'hystérectomie totale.

M. *Verneuil* a eu des cas de guérison qui datent maintenant de cinq, six, et sept ans sans récidive ; on n'a pas encore trouvé mieux que cela avec l'hystérectomie totale. Il ne faut donc pas biffer de la médecine opératoire l'amputation partielle, comme cela a été proposé à la Société de chirurgie.

M. *Léon Labbé.* On est bien embarrassé pour prendre des décisions dans bien des cas. M. Labbé a opéré à la Pitié un épithélioma végétant, s'enfonçant dans le col de l'utérus ; la malade a été opérée il y a quatorze ans, l'examen histologique de la tumeur a été pratiqué ; il n'y a encore aucune trace de récidive.

M. *Trélat* comprend la lutte entre deux idées : l'hystérectomie partielle soutenue par M. Verneuil, ou l'hystérectomie totale. Mais l'opération supra-vaginale du col utérin de Schrœder est hors de cause, elle demande une main très exercée et fait courir de très gros risques.

Rapport sur les épidémies pendant l'année 1886. — M. *Hayem* lit ce rapport.

Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1886. — M. *Hervieux* lit ce rapport au nom de son auteur, M. *Blot*, présent, mais atteint de laryngite.

M. *le président* annonce que la séance publique annuelle aura lieu le mardi 13 décembre.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des précédents rapports de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 *novembre* 1887. — *Présidence de* M. FÉRÉOL.

TUBERCULOSE LINGUALE. — M. *Barth*, pour avoir l'avis de la Société, lui présente un malade qu'il croit atteint de tuberculose parenchymateuse de la langue et pour lequel il pose la question de l'intervention chirurgicale. Cet homme était soigné depuis quelque temps déjà pour une phthisie pulmonaire au second degré, lorsque, il y a quelques mois, on vit apparaître sur sa langue des nodosités très douloureuses. M. Barth pensa d'abord à la syphilis, mais outre que le malade niait tout antécédent, les nodosités n'avaient pas l'aspect de gourmes; un traitement antisyphilitique n'amena, d'ailleurs, aucune amélioration.

Actuellement, on trouve sur le bord gauche de la langue deux tubercules gros comme des noisettes, dont un est ulcéré ; dans l'épaisseur de la muqueuse de la face inférieure on sent de petites granulations superficielles, dont quelques unes ont pu être suivies par M. Barth dans leur évolution. Enfin, quand on presse la langue entre les doigts, on sent en arrière des deux nodosités principales des tuméfactions interstitielles, isolées, peu considérables. Le bacille de Koch, constaté dans les produits d'expectoration, n'a pu être trouvé dans le produit du raclage de la langue; ce dernier fait, il est vrai, est très ordinaire et ne s'oppose nullement au diagnostic porté par M. Barth, partagé par M. Berger, de tuberculose parenchymateuse de la langue. M. Berger pense qu'il faut opérer; quel est l'avis de la Société?

CONTRACTURE HYSTÉRIQUE ET ATROPHIE DES MUSCLES INTEROSSEUX. — M. *Debove* présente un hystérique bien connu, qui a fait le sujet d'une leçon de M. Charcot. Chez cet homme, une fracture directe du bras a déterminé des contractures très marquées et ultérieurement une atrophie considérable des muscles interosseux. Cet homme, alléguant l'impossibilité où il est de se servir de ce bras, harcèle sans cesse M. Debove pour le lui faire amputer; il prétend que n'importe quel bras artificiel lui rendrait infiniment plus de service. Certes, le remède est radical, mais, d'autre part, n'y a-t-il pas à craindre que le

traumatisme opératoire détermine d'autres accidents hystériques, tout comme l'a fait la fracture du bras?

M. *Joffroy* reconnait que l'atrophie, au sens de diminution de volume, est considérable et demande si les réactions électriques des muscles ont disparu.

Sur la réponse négative de M. Debove, M. Joffroy estime que, de ce fait, les fibres musculaires et nerveuses étant intactes, l'atrophie n'a qu'une valeur secondaire; c'est celle de l'inaction prolongée. Pour M. Joffroy, il s'agit simplement d'une contracture hystérique pouvant guérir radicalement et subitement. L'amputation est donc absolument contre-indiquée, sans compter que, comme l'a dit M. Debove, elle pourrait provoquer d'autres phénomènes hystériques peut-être plus sérieux que les premiers.

La Société émet un avis unanime favorable à l'opinion de M. Joffroy et se réunit en comité secret. SAPELIER.

BIBLIOGRAPHIE

—

DE LA SÉDENTARITÉ SCOLAIRE ET DU SURMENAGE INTELLECTUEL, Par le Dr J. *Back* in-8° 130 p. Paris G. Steinheil, 1887.

« Plus le travail corporel est considérable sans cependant qu'il y ait effort pénible, écrivait notre vénéré maître, M. le professeur Bouchardat, plus il y a de chance d'éloigner les maladies et la vieillesse prématurée. » Cette nécessité du mouvement, nous la trouvons proclamée par tous les auteurs, Platon, Bacon, etc. Aussi M. J. Rochard a-t-il pu dire avec raison qu'il est aussi illogique que périlleux de demander à l'enfant l'immobilité, le silence et l'attention : l'immobilité et le silence, parce que ses appareils du mouvement et de la voix en ont besoin pour se développer, l'attention, parce que son cerveau en est incapable. Et pourtant n'est-ce pas là ce que l'on demande aux enfants de 6, 8, 10, 12 ans, que l'on enferme des journées entières dans une classe !

Les résultats d'une pareille hygiène ce sera, d'abord, la diminution dans l'activité de la nutrition générale, d'où anémie générale avec toutes ses conséquences. « L'immobilité trop prolongée diminue l'activité de la nutrition générale, entrave le développement physiologique des organes, favorise le développement de certaines maladies, augmente l'intensité et la gravité des maladies ou affections précédemment existantes, aggrave les états morbides généraux connus

sous le nom de diathèses et tend à accroître le chiffre des *non-valeurs* sociales et à diminuer la durée de la vie. »

Au point de vue intellectuel, peut-on dire qu'il y a surmenage à cet âge ? Non, il y a plutôt diminution dans l'activité intellectuelle, tendance à la paresse d'esprit. « La sédentarité trop prolongée amène l'anémie. Elle diminue la délicatesse des sens : elle rend par le défaut de nutrition et aussi par l'habitude, le corps mou et indolent, l'esprit lourd et apathique, et, si elle n'agit pas manifestement sur les facultés en quelque sorte passives comme la mémoire, elle diminue incontestablement l'intelligence et la volonté, facultés relativement actives ». Et d'ailleurs les élèves les plus intelligents ne sont-ils pas souvent, pour ne pas dire presque toujours, « sinon les plus forts physiquement, du moins les plus agiles, les plus bruyants dans les jeux dont ils sont ordinairement les boute-en-trains. »

Au point de vue moral, la sédentarité amène un abaissement des facultés morales, des habitudes vicieuses, des sentiments égoïstes, la désespérance, le pessimisme. Ils sont peu nombreux dans nos lycées les jeunes gens vigoureux et énergiques ; presque tous ne demandent qu'à écouter « ceux qui ne veulent connaître de la vie que les côtés sombres, les tristes, les découragés, les pessimistes. On est obligé de les arracher à la mélancolie et à la désespérance. » (R. Goblet).

« La pensée épuise la substance nerveuse aussi infailliblement que la marche épuise les muscles » (Bain).

N'est-ce pas là le lot du malheureux jeune homme de 18 à 20 ans qui « surexcité par le désir de vaincre dans la lutte pour la supériorité intellectuelle, cherche à augmenter de plus en plus le nombre de ses acquisitions, au risque d'en arriver à l'encombrement cérébral, et surchargera son cerveau au risque de le voir s'effondrer sous le faix. »

Les révoltes du surmenage sont, au point de vue physique, les mêmes que ceux de la sédentarité, mais aggravés : la myopie, la tuberculose, les déformations du thorax, etc.

D'ailleurs si le surmenage et la sédentarité appartiennent à des âges différents, il n'est pourtant pas rare de les rencontrer ensemble, unissant leurs efforts néfastes pour annihiler l'individu physique et moral.

Aussi le Dr J. Bach peut-il conclure que « dans l'intérêt physique, intellectuel et moral de la jeunesse, dans l'intérêt même de la nation, il est urgent de réformer sur un certain nombre de points le système d'éducation actuellement établi. »

Voici comment il résume les réformes à appliquer :

« 1° Au point de vue matériel : opérer toutes les modifications

prescrites par les lois de l'hygiène et instituer dans toutes les écoles publiques et privées, un service d'inspection médicale chargé d'amener et de maintenir les améliorations nécessaires.

2° Au point de vue intellectuel : supprimer autant que possible les causes du surmenage et initier les élèves à la connaissance des lois de l'hygiène par des lectures, cours et conférences ayant trait à cette science.

3° Au point de vue moral : réhabiliter la vigueur et le développement corporels et les encourager au même titre que la vigueur et le développement de l'esprit. »

Ne sait-on pas, en effet, que les pupilles de la marine auxquels on impose des exercices de corps pour le moins aussi longs que les exercices intellectuels, ont un niveau intellectuel très satisfaisant? Ne sait-on pas qu'en Angleterre les élèves des écoles mixtes, où l'on exige autant de travail manuel que de travail intellectuel, sont aussi savants que ceux provenant d'écoles où l'on ne s'occupe que de travaux intellectuels?

Dr E. Deschamps.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—

Tableau des actes du 5 au 10 décembre 1887.

Lundi 5. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Remy, Reynier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Kirmisson. — 5e examen, doctorat, (1re partie) Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Delens, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Ollivier, Landouzy.

Mardi 6. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Raymond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Richet, Le Fort, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Panas, Duplay, Bouilly. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Cornil, Legroux, Quinquaud.

Mercredi 7. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Déjerine. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Brissaud. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 8. — Dissection : MM. Polaillon, Quenu, Poirier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz. — 3e examen, doctorat (2e partie), : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hanot. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. G. Sée, Ball, Ballet. — 4e examen, doctorat (2e série) : MM. Brouardel, Proust, Troisier.

Vendredi 9. — Médecine opératoire : MM. Lannelongue, Segond, Jalaguier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Remy. — 2e examen, doctorat (2e partie), (2e série) : MM. Hayem, Reynier, Chauffard. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Brissaud.

Samedi 10. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Mathias-Duval, Brun. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Campenon. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Legroux, Hanot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Polaillon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Ball, Cornil, Troisier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Peter, Fernet, Raymond.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 7, à 1 heure. — M. Foubert : Variations passagères de volume du cœur. *Président* M. Potain. — M. Bex : Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. *Président :* M. Fournier.

Jeudi 8, à 1 heure. — M. Delbecq : Des fractures simples des os du carpe. *Président* : M. Le Fort. — M. Malpas : Contributions à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite. *Président* : M. Panas.

NOUVELLES

Banquet offert a M. Péan. — Le banquet offert à M. Péan par ses élèves et par ses amis, à l'occasion de sa nomination à l'Académie, aura lieu le jeudi 15 décembre, à 7 heures et demie, à l'Hôtel Continental. On est prié d'envoyer les adhésions, avant le 1er décembre, à l'un des membres du comité d'organisation : M. le Dr Brochin, 51, boulevard Saint-Michel ; M. le Dr Deny, 18, rue de la Pépinière ; M. le Dr Porak, 142, boulevard Saint-Germain ; M. le Dr Prengrueber, 32, rue des Mathurins, ou à MM. Bouygues, Chrétien et Lepage, internes à l'hôpital Saint-Louis,

Le prix de la cotisation est de 22 francs.

COURS LIBRE. — M. le Dr F. Villar commencera le vendredi 2 décembre, à 5 heures, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, un cours sur les *Affections chirurgicales du membre inférieur*. Ce cours sera continué les lundis et vendredis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER,

De la toux utérine, par le Dr MULLER. In-8°, 2 fr. 50.

D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil, par le docteur PANEL. In-8° avec une planche, 2 fr.

Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par le docteur MAVRIKOS. In-8°, 1 fr. 50.

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées; Uréthrotomie interne, par le docteur RELIQUET. In-8°, 0 fr. 50 c.

Traité de pharmacie galénique, par le professeur E. BOURGOIN, 2e édition revue et augmentée, 1 fort vol. in-8° avec 91 figures dans le texte. Broché, 15 fr.; cartonné, 16 fr.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par L. BAUMEL, professeur agrégé, etc., 1 vol. in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et une planche, 9 fr.

Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion, par le professeur EWALD. — I. Physiologie de la digestion, 2e édition, traduite par les Drs Dagonet et Schumann Leclercq, revue et augmentée par le professeur et précédée d'une préface de M. le Dr Quinquaud. 1 vol. in-8°, 5 fr.

Traité d'électricité médicale, recherches physiologiques et cliniques, par les Drs ONIMUS et LEGROS, 2e édition revue et considérablement augmentée par le Dr Onimus 1 fort vol. in 8° avec 275 figures dans le texte, 17 fr. (Félix Alcan éditeur).

Tout en conservant le plan de la première édition de cet ouvrage devenu classique, M. Onimus l'a mis au courant des immenses progrès réalisés dans le domaine de l'électricité, on y trouve notamment des recherches nouvelles sur les courants autonomes des tissus, les lois électriques, les phénomènes d'électrolyse, les phénomènes de la circulation, l'influence de la direction des courants sur le système nerveux, les affections de la matrice. Parmi les chapitres nouveaux nous citerons ceux qui traitent de la crampe des télégraphistes, des paralysies consécutives aux accidents de chemin de fer, de la contraction pseudo-paralytique infantile, etc.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 142 Samedi 3 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Du chloroforme et de son administration.

Par M. le Dr E. Paul-Boncour.
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis les travaux remarquables de MM. Maurice Perrin et Ludger Lallemand, rien d'important ou de précis relativement au chloroforme et à son administration n'a été publié dans les différents livres classiques de pathologie chirurgicale.

C'est une lacune regrettable, et que, pour l'instruction des jeunes médecins et le grand bien des malades, il serait bon de combler. Pour avoir quelques notions à ce sujet, il faut feuilleter les journaux, consulter les Bulletins des différentes sociétés savantes et particulièrement les Bulletins de l'Académie de médecine de 1882. A cette époque en effet, il y eut une discussion assez importante à ce sujet. Quelque chose de précis en est-il résulté ? A-t-on adopté à l'unanimité une méthode pratique pouvant être appliquée avec sécurité par les médecins ? Sans nous avancer trop, nous pouvons dire que non, et que chaque chirurgien s'en est tenu à son opinion personnelle sans pouvoir la faire adopter par les autres.

Depuis plus de dix ans, grâce à la bienveillance de notre excellent maître, M. Léon Labbé, grâce à des relations amicales avec d'autres chirurgiens et spécialistes, MM. Peyrot, Reliquet, il nous a été permis d'administrer le chloroforme à un très grand nombre de malades. Nous avons donc pu acquérir pendant ce temps une certaine expérience qui nous à conduit à une méthode particulière.

Dans les premières années, nous administrions le chloroforme comme tout le monde, suivant la méthode dite classique, c'est-à-dire, largâ manu. Nous n'avons jamais eu d'accident mortel, mais nous avons eu assez fréquemment des menaces d'accident. Peu à peu, grâce aux conseils de M. Léon Labbé et sous sa direction, nous avons modifié notre manière de faire et nous sommes arrivé, progressive-

ment, à une véritable méthode qui, en faisant disparaître complètement les menaces d'accident et apportant avec elle bien d'autres avantages que nous ferons connaître plus loin, nous a donné une plus grande assurance. C'est cette méthode que nous proposons de décrire.

De prime abord, en ne voyant dans aucun livre une description détaillée de l'administration du chloroforme, on pourrait croire que c'est une opération simple, ne nécessitant pas une expérience particulière. Ce n'est pas notre avis, et plus nous pratiquons, plus nous sommes convaincu du contraire, en raison de l'imprévu et des difficultés qui se présentent à chaque pas. Le but est toujours le même sur un sujet qui varie sans cesse. Il en est de l'anesthésie par le chloroforme, comme de toute question qu'on n'a pas approfondie. La preuve en est dans ce que nous lisons de temps à autre dans certaines observations où il est dit qu'il n'a pas été employé pendant le cours de l'opération plus de 100 grammes de chloroforme. Pour nous, ce n'est pas un minimum, c'est un maximum auquel nous ne sommes pas arrivé depuis longtemps pour les opérations les plus longues.

Sans nous arrêter à démontrer l'intérêt trop évident qu'il y a pour la malade à ce que nous ayons une méthode sûre pour l'anesthésie, est-ce que le chirurgien lui-même n'en retire pas les plus grands avantages? N'ayant pas à se préoccuper de son opéré, il est *tout* entier aux différents temps de son opération, il l'exécute avec beaucoup plus de sûreté que si, à chaque instant, il était obligé de voir si son malade respire bien, ou si le pouls est régulier.

Combien de médecins en province n'osent pas entreprendre des opérations d'une certaine durée, parce que la confiance qu'ils ont dans leurs confrères pour l'administration du chloroforme est limitée, parce qu'ils redoutent le moindre accident, parce qu'ils savent très bien qu'un accident sérieux leur serait très préjudiciable en raison du retentissement considérable qu'il aurait dans un milieu restreint.

L'administration du chloroforme étant donc si importante pour le malade et pour le chirurgien, on est étonné de ne pas en trouver une description complète, indiquant une méthode susceptible d'être acceptée par tous les médecins et employée avec confiance.

C'est cette lacune que nous voudrions combler, convaincu que, si la méthode que nous allons décrire était acceptée généralement, les malades en retireraient le plus grand profit et les opérateurs une bien plus grande sécurité.

Avant de commencer la description de l'anesthésie par le chloroforme suivant le procédé que nous avons adopté, il n'est pas hors de propos de dire quelques mots des objets qui servent à cette opération.

Le chloroforme doit être aussi pur que possible; malheureusement il n'y a pas, que nous sachions, de moyen précis de s'assurer de sa pureté. Il doit être clair, limpide et dégager cette odeur particulière qu'on a comparée à l'odeur de la pomme de reinette bien mure.

Il nous a semblé que tous les chloroformes ne présentaient pas la même puissance anesthésique. Chaque fois que nous avons occasion de nous servir du chloroforme d'Edimbourg, nous constatons que les malades sont plus longs à s'endormir et se réveillent plus facilement. Aussi dans ces cas les doses employées sont-elles supérieures à celles que nous dépensons lorsqu'il s'agit de chloroformes fabriqués en France.

Le flacon qui doit le contenir doit, autant que possible, être de petite dimension, d'une contenance de 60 grammes environ et de préférence gradué. S'il est fermé par un bouchon à émeri, nous remplaçons celui-ci par un bouchon en liège sur lequel nous avons soin de pratiquer une rainure qui nous permet de verser le chloroforme goutte à goutte sur l'objet qui doit recouvrir la figure du malade.

Nous nous servons d'un simple mouchoir non déplié ou d'une compresse dont la largeur ne doit pas être trop grande pour cacher entièrement la figure, assez grande cependant pour masquer le nez et la bouche ; de cette façon, il est permis de surveiller les différentes colorations du visage.

Nous ne faisons jamais usage du cornet qui, pour nous, est bien inférieur au mouchoir.

Il faut avoir à sa disposition une pince destinée dans certains cas à saisir la langue. Nous pouvons dire, dès maintenant, que nous ne sommes que très rarement dans la nécessité de nous en servir, grâce à une manœuvre que nous ferons connaître plus loin. Aussi considérons-nous comme inutiles et même barbares les différents instruments destinés à perforer ou à aplatir la langue pour la maintenir au dehors. Ce procédé est pour la malade la cause de douleurs très vives après l'opération et quelquefois d'une gangrène de l'extrémité de l'organe.

Avant de commencer l'anesthésie, il est indispensable de faire un examen complet du malade, afin de s'assurer de l'état du cœur, des artères, des poumons, de la bouche. Cette dernière précaution est des plus importantes ; car, si le malade conservait un appareil dentaire mal assujetti, il serait exposé aux accidents les plus graves ; l'appareil devenant libre, peut être entraîné dans la gorge par un mouvement violent d'inspiration, et alors le malade pourrait succomber soit à l'asphyxie, soit à une hémorrhagie consécutive à une déchirure produite par cet appareil.

Le malade, auquel on a recommandé de ne prendre aucune nour-

riture solide ou liquide, doit être placé horizontalement sur un lit résistant, la tête légèrement soulevée par un oreiller.

Il est utile de débarrasser le cou de tout ce qui peut le gêner ou le comprimer, tels que cravates, cols de chemises ; il en sera de même pour la poitrine et le ventre.

La place occupée par l'aide chargé du chloroforme est variable. Tantôt à droite, tantôt à gauche de l'opéré, suivant les exigences de l'opérateur, quelquefois derrière la tête, mais toujours de façon à pouvoir bien surveiller la figure, les mouvements de la respiration et à tenir le pouls d'une façon presque constante. Nous ne nous en rapportons qu'à nous-même pour cette surveillance multiple. Un confrère peut nous venir en aide, mais ce n'est qu'un contrôle qui ne doit pas nous faire oublier que seul nous sommes responsable. Ce sentiment réel de la responsabilité est la condition indispensable d'une très grande prudence et d'une très sérieuse observation.

Ces différentes précautions préliminaires prises, après avoir appliqué une couche d'huile ou de glycérine sur le nez et le menton du malade qui, de cette façon à son réveil, n'aura pas l'ennui et les souffrances d'une brûlure au premier degré, on verse sur le mouchoir, ou la compresse, 4 à 5 gouttes de chloroforme et on commence l'anesthésie. Il faut avoir soin de tenir la compresse appliquée sur la racine du nez, d'une main, entre le pouce et l'index, pendant que l'autre main la maintient soulevée légèrement au dessus de la bouche. Il est utile de prendre cette précaution dès le début, afin que le malade ne soit pas surpris brusquement par les vapeurs du chloroforme qui, habituellement, quand on n'agit pas ainsi, produisent une toux sèche et pénible par suite de l'irritation du larynx.

Autant que possible, le silence doit être observé autour du malade. Mais ici une question se pose : Doit-on faire causer l'opéré, ou doit-on au contraire ne pas lui adresser la parole ?

M. Léon Labbé est très catégorique à ce sujet. Son avis est que le silence doit être absolu de part et d'autre, la moindre conversation devant éveiller l'attention du malade et retarder d'autant l'anesthésie. Nous pensons en effet que les médecins venus pour assister à l'opération, le médecin même du malade, les différents aides, ne doivent manifester leur présence d'aucune façon ; mais nous croyons qu'il est bon que celui qui donne le chloroforme fasse causer quelque peu le malade. De cette façon, non seulement on atténue la vive émotion que lui cause presque toujours la pensée de son opération, mais encore on facilite et régularise sa respiration, et on lui fait absorber, sans qu'il s'en doute, de plus grandes quantités de chloroforme. Bien entendu, nous cessons toute espèce de conversation aussitôt que commence l'anesthésie. Dès que les 4 ou 5 gouttes de

chloroforme sont évaporées ou absorbées, ce dont on s'aperçoit facilement à la moindre répugnance du patient et à l'absence d'odeur, on en verse de nouvelles sur la face externe du mouchoir que l'on retourne immédiatement.

Etant donné que nous n'employons que de très petites doses dé chloroforme, il est très important qu'il n'y ait pas d'interruption entre ces doses. C'est l'opposé de la méthode du professeur Gosselin, qui établissait des intermittences calculées régulièrement.

En versant chaque fois sur le mouchoir 4, 5, 6, 7 gouttes de chloroforme, nous arrivons généralement à l'anesthésie complète en l'espace d'un quart d'heure ou de vingt minutes.

L'objection qui peut être faite à cette méthode des petites doses, c'est la longueur du temps employé ; mais, outre que la perte de temps est nulle, si l'anesthésie est pratiquée pendant que le chirurgien surveille la disposition de ses instruments ou la préparation des pansements, il y a des avantages très grands qui compensent et au delà cette prétendue perte de temps.

Tout le temps que dure l'opération, il ne faut pas cesser de maintenir l'anesthésie au même degré en continuant à verser quelques gouttes de chloroforme à mesure que celui-ci s'évapore. Le grand avantage précisément de notre méthode, c'est de pouvoir entretenir sans danger une anesthésie parfaite sans interruption et pendant un temps très long.

Il est bien entendu que la sécurité que nous donne cette légère consommation de chloroforme ne nous dispense point d'une surveillance attentive du malade. Cette constante surveillance est au contraire le complément de notre méthode.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

—

Recherches expérimentales relatives à l'action du foie sur la strychnine,

Par MM. CHOUPPE et PINET (1).

En résumant nos expériences, nous voyons que, quand la strychnine doit traverser un réseau capillaire : foie, muscles, encéphale, l'absorption est singulièrement retardée, que les accidents sont moins graves que quand la totalité du poison pénètre rapidement dans la circulation générale. Mais la nature intime des phénomènes reste la

(1) Résumé d'une note présentée à l'Académie des sciences par M. Charcot.

même dans tous les cas. Ces résultats, tout incomplets qu'ils puissent être sous certains rapports, nous permettent cependant de formuler quelques conclusions.

Le foie n'a pas une action spéciale sur la strychnine qui le traverse ; il en retarde, puis en ralentit l'absorption sans en modifier la composition, sans en changer en quoi que ce soit les effets toxiques. Son influence est due uniquement à la diffusion de l'alcaloïde dans une grande masse de sang, ainsi que le pensait M. Vulpian.

Il n'est donc pour le moins pas permis de généraliser quand on dit que le foie détruit les alcaloïdes végétaux ou modifie leur action ; il agit comme les autres réseaux capillaires. Les expériences des auteurs qui nous ont précédé, faites le plus souvent avec la nicotine, ne peuvent servir de point de départ pour une théorie si générale, car on n'a pas assez tenu compte des effets locaux de cette substance essentiellement irritante.

Nous ne voulons pas tomber dans l'excès et conclure de la non-influence sur la strychnine à une absence absolue d'action du foie sur les alcaloïdes ; mais on sait que cette prétendue action était une des bases les plus solides pour admettre la protection exercée par la glande hépatique contre les substances toxiques nées dans l'organisme sain du malade ; il faudra, sous ce rapport, une grande réserve, des expériences nouvelles et des preuves plus convaincantes que ne le sont celles qui ont été invoquées jusqu'ici.

THÉRAPEUTIQUE

De l'antipyrine contre le mal de mer.

Par M. Emile Ossian-Bonnet (1).

Après de nombreuses observations (soixante environ), recueillies avec le plus grand soin pendant les deux traversées du Havre à Buenos Ayres et de Buenos Ayres au Havre, je crois avoir mis hors de doute les trois faits suivants :

1° Contrairement aux opinions émises par divers auteurs, le mal de mer n'est autre qu'un *vertige*, qui se produit sous l'influence d'une ou de plusieurs des causes multiples, d'ordre sensoriel ou psychique, qui occasionnent généralement cet état maladif.

2° L'emploi de l'antipyrine arrête toujours les accidents du mal de mer; mais la dose à laquelle il convient de la prendre est variable. Dans la plupart des cas, la dose de 1 gr. 50 est suffisante ; l'effet

(1) Résumé d'une note présentée à l'Académie des sciences, par M. Brown-Séquard.

complet est alors produit en dix minutes environ. Dans d'autres cas, au contraire, il est nécessaire d'ajouter de nouvelles doses. Toutefois, dans mes différentes observations, je n'ai jamais été obligé de dépasser 3 grammes en deux fois pour produire l'arrêt complet des accidents dans l'espace d'une heure environ.

3° Dans certains cas, relativement très rares, où le malade ne peut absorber le médicament par suite de vomissements trop abondants et trop fréquents, une injection sous-cutanée de 1 gramme d'antipyrine a suffi pour arrêter le mal. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 30 *novembre* 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

TARSOTOMIE POUR PIED BOT. — M. *Berger*, à propos du procès-verbal, dit qu'il a été obligé de faire la résection de l'astragale à un enfant de 7 ans, qu'il avait essayé vainement de traiter par la ténotomie, les manipulations et les appareils. D'un côté le pied reste encore un peu enroulé; il aurait dû faire la résection cunéiforme. Voilà donc un cas qui a résisté aux manipulations.

M. *Trélat* se demande si on ne peut pas accuser de l'insuccès l'âge relativement avancé auquel il a vu son malade et a été obligé de le traiter.

Il rappelle qu'il ne met pas d'appareil plâtré après la ténotomie.

Il rappelle qu'il a fait construire un appareil à traction élastique et constante qui lui a donné de très bons résultats dans un cas.

M. *Reclus*. J'ai eu à traiter un enfant qui avait été traité pour un varus équin. On avait fait diverses ténotomies et aponévrotomies.

On avait fait disparaître l'équinisme, mais il restait de l'enroulement, j'ai fait l'extirpation de l'astragale : il reste de l'enroulement encore, mais l'enfant marche très bien, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant.

M. *Terrillon*. J'ai fait l'extirpation des deux astragales pour des cas analogues à ceux qui viennent d'être cités. Le résultat a été très bon.

M. *Polaillon*. Dans tous les cas qu'on vient de citer, on n'avait pas employé les appareils à traction continu élastique dont l'emploi est un peu trop délaissé en France. Ces appareils ne sont évidemment bons que chez les enfants encore jeunes : plus tard, les pieds bots ne sont évidemment justiciables que de l'intervention sanglante,

M. *Th. Anger*. J'ai traité, il y a cinq ou six ans, un jeune homme âgé aujourd'hui de 17 ans, par les manipulations, les ténotomies, et surtout les tractions élastiques, il est tout à fait redressé.

M. *Monod*. J'ai fait l'extirpation de l'astragale avec un succès parfait sur un jeune homme de 15 ans.

De la cure radicale des hernies. — M. *Le Fort* est d'avis que l'opération ne doit pas être nommée radicale, puisqu'elle ne permet pas de supprimer le bandage et, de plus, elle ne prévient pas la récidive. Le mot de traitement chirurgical conviendrait mieux. L'opération, telle qu'on la pratique actuellement, date de trop peu de temps pour qu'on puisse savoir si elle met à l'abri de la récidive.

M. Le Fort ne voit pas, dans les conditions anatomiques nouvelles créées par l'opération, des raisons suffisantes pour admettre l'impossibilité de la récidive.

L'opération n'est pas plus grave, dit M. Championnière, que le bandage, je le conteste. Il ne faut pas confondre la méthode des bandages avec la manière de les appliquer.

M. Le Fort conclut de ses statistiques et de celles de Malgaigne qu'il n'y a pas plus de deux accidents par mille hernies.

Pour les hernies congénitales, on peut presque toujours les guérir avec du soin. On ne doit qu'exceptionnellement faire la cure radicale dans ces cas; par exemple dans les cas d'ectopie testiculaire où le port d'un bandage est impossible ou douloureux.

Pour les hernies de l'adulte on peut l'admettre; mais je n'admets pas la formule de M. Trélat. Il y a des hernies non réductibles *complètement* qu'on ne doit pas opérer: ainsi, les petites hernies épiploïques non douloureuses, non compliquées d'entérocèle et qu'on peut maintenir avec une pelote concave.

Pour les hernies non *constamment* réductibles, je suis d'avis qu'on doit les opérer quand il existe des accidents qui les rendent momentanément irréductibles, et non pas quand il s'agit simplement des hernies qui sortent le soir quand on quitte le bandage.

M. Trélat a dit qu'une hernie devait être *facilement* réductible; ce terme est trop élastique pour qu'on puisse l'accepter. Telle hernie est maintenue facilement par un bandage, qui ne le serait pas par un autre.

M. *Trélat* dit qu'on doit opérer toutes les hernies qui ne sont pas constamment réduites, même au lit, car elles peuvent, dans un mouvement, être le siège d'un accident grave. Toutes les hernies qui ne sont pas complètement et constamment réduites deviennent de plus en plus volumineuses, de moins en moins coercibles, et il ne faut pas arriver à avoir de ces hernies volumineuses, avec adhérences, dont l'opération, nécessitée par les souffrances, est alors une opération laborieuse et grave.

M. *Polaillon* dit que M. Le Fort est un peu sévère pour la cure radicale, il ajoute que si elle ne guérit pas, elle soulage au moins

beaucoup. J'ai présenté en 1883 à l'Académie, un malade qui était guéri de sa hernie : il a été soumis depuis à des exercices très violents, sa hernie s'est reproduite, il est vrai ; mais cela tient évidemment à la faiblesse de la paroi.

M. *Verneuil.* On ne peut admettre le mot de cure radicale pour une opération qui nécessite ensuite le port d'un bandage. Les cas de cure radicale seraient ceux où il ne serait plus nécessaire d'avoir de bandage.

Ostéotomie pour cal vicieux consécutive a la fracture du péroné, par M. *Paul Reynier.* Rapport. — *M. Périer.* Le travail est basé sur trois observations.

Dans les trois cas, il fut fait une ostéotomie de péroné et on redressa ensuite de vive force. Le résultat a été bon.

Fracture exposée avec ouverture de l'articulation tibio tarsienne. Suture, par M. *Houzel.* Rapport. — *M. Périer.* Il s'agit d'une femme qui s'était tourné le pied et avait une fracture du péroné et de la malléole interne avec ouverture de l'articulation. M. Houzel lava, draina et sutura, la guérison se fit promptement.

P. Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire, par le Dr *Sanchez-Toledo.* (Thèse de doctorat, Paris, 1887, in-8, chez O. Berthier).

Dans une importante leçon clinique sur l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle, publiée depuis dans le *Bulletin médical* (1), M. le professeur Grancher avait cherché à montrer les rapports qui existent entre cette adénopathie et la tuberculose pleuro-pulmonaire. C'est le sujet qu'a repris le Dr Sanchez-Toledo, en l'appuyant sur un certain nombre de faits inédits et sur des expériences de physiologie pathologique du plus haut intérêt.

L'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle est une affection rare. « Son volume est variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une orange ou même du poing ; les ganglions atteints sont isolés ou réunis en masses bosselées plus ou moins dures, quelquefois en partie fluctuante. Les ganglions engorgés sont au début mobiles sous la peau et sans adhérences avec les parties environnantes, mais avec le progrès de l'affection il se fait souvent de la péri-adénite et il en résulte des abcès froids qui s'ouvrent à l'extérieur et sont le point de départ de fistules qui ne guérissent que très lentement. En général, la douleur est peu intense, les malades peuvent être atteints

(1) *Bulletin médical*, 17 août 1887.

pendant longtemps d'adénites axillaires volumineuses sans s'en apercevoir, ou bien la tumeur ne provoque qu'un peu de gêne dans les mouvements, cependant la douleur est quelquefois très vive. Signalons enfin des phénomènes de compression se traduisant par des fourmillements et des œdèmes des membres supérieurs qui peuvent s'observer, quoique rarement.

Cette adénopathie, lorsqu'elle survient sans cause apparente, est ordinairement regardée comme une simple manifestation locale, mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi et dans plus d'un cas elle est en rapport, soit avec une affection pleuro-pulmonaire déjà avancée (chez un phthisique au troisième degré, par exemple), soit avec une lésion pulmonaire jusque-là passée inaperçue et qu'il faudra rechercher avec soin. Dans ce dernier cas, l'adénopathie axillaire est généralement isolée. Aussi lorsqu'il se trouve en présence d'une semblable lésion, le médecin doit-il toujours penser à l'existence possible d'une tuberculose pleuro-pulmonaire.

Dans un deuxième type clinique « l'adénite axillaire succède à l'adénopathie trachéo-bronchique et sus-claviculaire qui sont elles-mêmes la conséquence d'une tuberculose pleuro-pulmonaire apparente et facile à diagnostiquer. »

Enfin dans un troisième type, « l'adénopathie axillaire succède à l'adénopathie sous-maxillaire, cervicale, et sus-claviculaire, et précède ou accompagne le développement de la tuberculose pleuro-pulmonaire (phthisie scrofuleuse des anciens.) »

Mais comment le virus ou plus exactement le bacille tuberculeux pénètre-t-il les ganglions lymphatiques de l'aisselle ?

« L'adénopathie, écrit le Dr Sanchez-Toledo, peut être due à une infection *directe* se faisant de proche en proche et partant du poumon et de la plèvre pour envahir les parois thoraciques externes. Cette infection se fait-elle par l'intermédiaire de vaisseaux lymphatiques sous-pleuraux ? L'anatomie normale et les expériences du Dr Sanchez ne l'autorisent pas à l'admettre ; car en injectant des liquides colorés dans la plèvre, il n'a vu « dans aucun cas les ganglions axillaires pénétrés par la matière colorante, sauf une fois où une partie du vermillon était restée sous la peau. »

Les rapports qui existent entre l'adénopathie axillaire et l'affection pulmonaire sont en général moins simples et se font par l'intermédiaire des ganglions médiastinaux et sus-claviculaires.

« Dans une première catégorie de faits et ce sont peut-être les plus nombreux, l'individu est d'abord atteint d'adénites sous-maxillaires ou cervicales, de nature dite scrofuleuse ; l'affection descend progressivement de ganglion en ganglion, arrive aux ganglions sus-claviculaires, et de là envahit les ganglions axillaires, et, à peu près

en même temps les ganglions médiastinaux. Le virus tuberculeux paraît donc suivre jusqu'à la base du cou le cours de la lymphe. Mais, à partir des ganglions sus-claviculaires, par quel mécanisme les ganglions axillaires et médiastinaux se trouvent-ils englobés par le processus morbide ? Évidemment, on doit tenir compte, non seulement du développement de voies collatérales dans la circulation lymphatique, de la stagnation et de l'infection de la lymphe dans les vaisseaux afférents, et de la contamination secondaire des ganglions situés en amont ; mais aussi de ce fait que les ganglions, dégénérés et hypertrophiés, se mettent en contact avec les ganglions de voisinage qui s'infectent par un simple phénomène de contiguité. »

« Dans une deuxième catégorie de faits, le processus suit une marche opposée. Le poumon est primitivement atteint ; la lésion retentit sur les ganglions trachéo-bronchiques, (adénopathie similaire du professeur Parrot) et de ceux-ci le virus se propage aux ganglions voisins par contiguité ou en suivant le cours de la lymphe. Les rapports anatomiques qui existent entre les ganglions médiastinaux antérieurs et les ganglions sus-claviculaires nous expliquent pourquoi ces derniers sont particulièrement intéressés ; et quand la dégénérescence les a envahis, les ganglions axillaires se prennent à leur tour. A l'autopsie on peut constater *de visu* la marche suivie par le virus. »

Telle est, rapidement esquissée, l'affection décrite par le Dr Sanchez-Toledo, dans son intéressante thèse. Disons, en terminant, que cette étude est accompagnée de cinq belles planches en chromolithographie.

E. DESCHAMPS.

NÉCROLOGIE

Un médecin américain, M. BARIDGE LEE, qui était atteint depuis quelques jours d'aliénation mentale, s'est jeté hier jeudi d'une fenêtre du deuxième étage de la villa Beaulieu, à Cannes. Il est mort deux heures après.

Le Dr CASALONGUA, d'Alata.

Le Dr DUPIN, de Bordeaux.

NOUVELLES

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Par arrêté ministériel, en date du 27 novembre 1887, un concours s'ouvrira, le 1er juin 1888, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus dans le corps de la marine : *Au grade de médecin principal.* — MM. Delisle, Ségard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Dufourcq, Castellan, Kergrohen, L'Honen, Aubry, Millou.

Souscription pour une médaille en souvenir de M. le professeur Gosselin. — Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le professeur Gosselin ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. Roty, statuaire médailliste, l'auteur de la médaille commémorative du centenaire de M. Chevreul.

A cet effet, vient de s'ouvrir une souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le professeur Gosselin et qui désirent, en donnant un témoignage de respect et d'affection à sa mémoire, conserver de lui un souvenir durable. Un comité dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer, Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription.

Le montant de chaque cotisation est de 20 francs.

Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin.

La souscription sera définitivement close le 25 décembre 1887.

Les personnes qui, par suite d'une omission ou d'une erreur, n'ont pas reçu de lettre d'avis personnelle, sont priés d'envoyer leur adhésion, avant cette date, à M. le Dr Berger, 4, rue du Bac, à Paris.

Bulletin de la mortalité *du 20 au 26 novembre* 1887. — Fièvre typhoïde 32. — Variole, 7. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 32. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52.

Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 52. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 55.

Bronchite aiguë et chronique, 75. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 73.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 38.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 177. — Causes inconnues, 13.

Nombre absolu de la semaine : 970. — Résultat de la semaine précédente : 910.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 143 Mardi 6 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Du chloroforme et de son administration.

Par M. le Dr E. Paul-Boncour,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

(suite).

Le médecin chargé du chloroforme ne doit pas se distraire un seul instant de sa fonction: car, pendant cette 1/2 minute ou cette minute d'inattention, ou un accident très grave peut survenir, ou le malade peut se réveiller quelque peu, ce qui est toujours très gênant pour l'opérateur. Il doit donc se désintéresser complètement de l'opération quelqu'intéressante qu'elle soit.

Il doit surveiller attentivement la figure du malade ; en effet, les différentes colorations de celle-ci fournissent des données importantes. Si le malade n'est pas profondément anémié, les lèvres, les pommettes des joues sont généralement rosées. A mesure que se prolonge la durée de l'anesthésie, cette teinte rosée disparaît peu à peu pour faire place à une teinte plus ou moins pâle.

Ceci est le fait de l'absortion du chloroforme et ne présente rien qui doive inquiéter. Mais, si, au contraire, c'est une teinte violette qui apparaît, il ne faut pas hésiter à supprimer immédiatement le chloroforme et il ne faut le reprendre que lorsque cette coloration aura disparu.

La pupille doit être également observée attentivement, et pour plusieurs raisons. D'abord, comme MM. Budin et Coyne l'ont fait observer depuis longtemps, elle indique que l'anesthésie est complète, lorsqu'elle est réduite à un point et qu'elle reste à cet état, même si on pince fortement la peau ou si on touche légèrement la cornée. Cette double condition est un signe caractéristique de l'anesthésie complète. Bien des fois, en effet, nous avons pu constater que l'insensibilité cornéenne n'était pas suffisante pour indiquer un sommeil parfait.

D'un autre coté, lorsqu'on voit la pupille se dilater brusquement et largement, cela indique un danger et un grand danger immédiat; il faut donc encore à ce moment cesser le chloroforme.

La marche de la respiration doit être aussi suivie avec la plus vive attention. Au début, presque toujours, en raison de l'émotion du patient, la respiration est irrégulière, saccadée; mais elle ne tarde pas à se régulariser et à prendre le caractère qu'elle a pendant le sommeil, variable suivant les personnes, très calme chez les unes, bruyante chez les autres.

Le plus souvent la respiration ne se fait que par les fosses nasales qui, dans ce cas, sont largement ouvertes; mais quelquefois, ou elles sont très étroites, ou elles contiennent un obstacle quelconque, polypes, mucosités; alors la respiration se fait par la bouche. C'est un inconvénient assez grand et qui nécessite un redoublement d'attention. Souvent, en effet, la langue est entraînée dans l'arrière-gorge et vient fermer en partie l'ouverture du larynx. Il n'y a qu'un moyen d'obvier à cet inconvénient, c'est de prendre la langue avec une pince et de la maintenir au dehors. Mais, il faut bien le dire, ce fait se présente rarement.

Il arrive assez fréquemment lorsque la respiration se fait par les fosses nasales que celle-ci devient tout à coup embarrassée, bruyante, en même temps que la figure devient violette et que les pupilles se dilatent. C'est encore la langue qui tombe dans l'arrière-gorge. Ici, pour combattre cette complication, nous employons un procédé qui nous a été indiqué par notre maître, M. L. Labbé, et que nous nous permettons de recommander à nos confrères appelés à donner le chloroforme, Au lieu de nous servir de la pince à pansement, ou de tout autre instrument pour amener la langue au dehors et la maintenir, nous nous contentons avec les doigts appliqués sous le menton de relever complètement la mâchoire inférieure en l'attirant en avant et de la tenir exactement appliquée à la mâchoire supérieure. Dans ce mouvement d'élévation et en avant, nous soulevons tout le plancher de la bouche et la base de la langue, et nous dégageons ainsi l'ouverture du larynx qui se trouvait obstruée. Aussi voit-on immédiatement la respiration reprendre son caractère normal, la coloration violacée de la face disparaître, et la pupille reprendre son état punctiforme.

Lorsque la respiration du malade s'arrête, sans altération de la coloration de la figure, ce qui tient le plus souvent à une contraction spasmodique du diaphragme, il n'y a pas lieu de se préoccuper; cette contraction est, en effet, de courte durée; elle se voit le plus souvent au début de l'absorption des premières vapeurs du chloroforme, ou au commencement de la période d'excitation. Le diaphragme es

contracte comme le biceps et pour la même raison. Tout au plus, cherchons-nous à faire cesser cette contraction en plongeant la main sous les côtes pour exciter les attaches du muscle. Mais nous sommes complètement opposé aux coups que nous voyons donner de temps à autre au creux épigastrique, convaincu que cette manœuvre est plus nuisible qu'utile.

En même temps que l'œil est fixé sur le creux épigastrique, les doigts de la main qui se trouve libre doivent être presque constamment appliqués sur la radiale de l'opéré. Au début de l'anesthésie, le pouls est presque toujours rapide et fort, quelquefois irrégulier; l'émotion du malade est la cause de cette agitation cardiaque. Peu à peu, à mesure que l'anesthésie s'accentue, le pouls perd sa rapidité pour devenir plus calme, régulier et plus ample. Ce sont là les caractères qu'il doit garder pendant tout le temps de l'opération. Cependant, il n'est pas très rare de le voir notablement diminuer de force, tout en restant régulier; dans ce cas, il n'y a rien à craindre, surtout si la respiration ne subit pas de modification. Cela tient le plus souvent à la longue durée de l'opération et quelquefois à une perte plus ou moins grande de sang. Si, au contraire, le pouls devient rapide, irrégulier, il y a danger, et ce danger est exprimé en même temps par des irrégularités de la respiration, par des changements de coloration de la figure et par une dilatation très grande de la pupille.

Le chloroforme donné de cette sorte, c'est-à-dire à petites doses, d'une façon continue, sans intermittence autre que le temps de retourner la compresse ou le mouchoir, une surveillance de tous les instants étant exercée sur le visage, la pupille, la respiration, le pouls, nous pouvons assurer un résultat excellent, une anesthésie parfaite, une très grande sécurité pour le malade et pour le chirurgien une tranquillité telle qu'il est tout entier à son opération.

Les différentes phases de la chloroformisation sont les mêmes que dans le procédé dit classique, avec une modification heureuse cependant dans leur durée et leur intensité.

La première période, qu'on peut appeler la période d'accommodation, se passe le plus souvent très simplement. Le malade, n'ayant à respirer qu'une très petite quantité de vapeurs de chloroforme mélangée à l'air ambiant, ne s'agite pas ou résiste à peine, par la raison que l'irritation produite par le liquide anesthésique est à peine sensible.

La période d'excitation est très atténuée et quelquefois nulle. Nous ne voyons plus cette grande agitation, ces contractions musculaires énergiques qui nécessitent l'emploi d'aides nombreux pour prévenir les grands écarts du patient, que l'on ne manque jamais

de constater lorsqu'on emploie de fortes doses de chloroforme. Cette période se limite le plus souvent à une légère excitation cérébrale se manifestant par des paroles plus ou moins incohérentes, des cris, des chants.

Mais, peu à peu, le malade se tait, il devient immobile, la respiration reprend sa régularité et le sommeil s'établit franchement.

Il ne faut pas néanmoins commencer l'opération avant une anesthésie absolue, c'est-à-dire une insensibilité complète qui se reconnaît à une résolution parfaite des muscles, une insensibilité de la cornée associée à un état punctiforme de la pupille.

Cette anesthésie complète est plus ou moins rapidement obtenue, suivant les régions sur lesquelles se fait l'opération. Il nous est arrivé bien des fois, dans le cours de lithotrithies et des explorations vésicales faites par le Dr Reliquet, de constater combien parfois il était difficile d'obtenir une insensibilité absolue de la muqueuse vésicale, particulièrement au niveau du col. Cette difficulté a cependant toujours été vaincue.

Aussi M. le Dr Reliquet nous a-t-il autorisé à écrire qu'il ne considérait plus comme exacte la phrase suivante qui se trouve à la page 141 de ses leçons sur les maladies des voies urinaires : « Ce fait seul, Messieurs, prouverait la non-action du chloroforme donné jusqu'à résolution, sur la sensibilité organique du col vésical et de la vessie. Il permettrait même d'aller jusqu'à conclure que la sensibilité organique du col vésical et de la paroi vésicale, loin d'être *abolie*, ou même seulement atténuée par le chloroforme, semble être surexcitée, être plus grande lorsque le col de la vessie et les parois vésicales sont le siège d'altérations irritantes existant avant l'action du chloroforme sur l'économie générale. » A l'époque où cet auteur publiait ses leçons, c'est-à-dire en 1878, il opérait encore à la faveur de la méthode anesthésique ancienne.

Telle est la méthode à l'usage de l'adulte et du vieillard.

Chez les enfants, elle est variable.

Le bébé de 2 à 3 ans, auquel on ne peut faire entendre raison, doit être endormi par surprise. Mais encore faut-il beaucoup de ménagements. On verse quelques gouttes de chloroforme sur le mouchoir qu'on applique sur la figure en faisant tenir les jambes et les bras par des aides ; en une demi-minute ou une minute l'enfant est suffisamment abattu pour qu'on ait ensuite toute liberté d'action.

Chez l'enfant plus âgé, à partir de 4 ans, par exemple, deux méthodes peuvent être pratiquées. La méthode de douceur qui consiste à surprendre le malade en lui parlant de choses et d'autres et en même temps en lui faisant respirer le chloroforme ; sans qu'il s'en doute, il arrive au sommeil.

Si, ce qui n'est pas rare, on a affaire à un enfant très nerveux, très difficile, il faut employer le procédé des petits enfants. Nous devons cependant en signaler un inconvénient : il arrive parfois que ces enfants arrêtent volontairement leur respiration et sont menacés d'asphyxie, non pas à cause du chloroforme, mais parce que rien ne pénètre dans leurs poumons, ni air, ni chloroforme. Aussi faut-il procéder avec beaucoup de prudence et d'attention.

Nous considérons la méthode des petites doses comme bien supérieure à la méthode classique ; il est facile, du reste, d'en distinguer tous les avantages.

Le malade qui n'est point suffoqué par une grande quantité de vapeurs de chloroforme ne lutte pas, ne repousse pas violemment la compresse loin de sa figure. Il est surpris, au contraire, de voir combien c'est simple, combien c'est peu désagréable. Aussi arrive-t-il assez rapidement et sans s'en douter à cet état dans lequel les sens s'émoussent peu à peu et qui précède de quelques instants la période d'excitation. Celle-ci, comme nous l'avons dit, est presque nulle. Le sommeil parfait arrive au bout d'un quart d'heure ou de vingt minutes et peut être prolongé pendant des heures entières. Il nous est arrivé de maintenir une anesthésie complète pendant plus de deux heures et demie et de ne pas employer plus de 20 grammes de chloroforme.

L'absorption de chloroforme ayant été minime, l'élimination s'en fait rapidement. Le patient transporté du lit d'opération dans son lit de repos s'y réveille paisiblement, tout surpris d'apprendre qu'il a été opéré.

(*A suivre.*)

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des végétations chez les femmes enceintes. — Le médecin est parfois consulté par des femmes enceintes qui se plaignent d'avoir au niveau des parties génitales externes ce qu'elles appellent « de petites excroissances de chair » ; ces végétations, qui n'ont aucun rapport avec les végétations d'origine syphilitique, se développent au niveau de la vulve, du vagin ; généralement discrètes et ne présentant aucun inconvénient, elles peuvent devenir confluentes et acquérir un développement exagéré : elles donnent alors facilement lieu à un suintement odorant qui incommode les femmes.

Presque tous les accoucheurs sont d'avis de ne pas toucher à ces végétations qui disparaissent généralement après l'accouchement,

ou du moins la plupart ne conseillent l'intervention que lorsque les végétations prennent des proportions considérables. Tel n'est pas l'avis de M. Decoster; d'après lui, ces végétations peuvent être la source d'hémorrhagies ; elles créent autant de portes ouvertes aux micro-organismes du dehors, à la lymphangite, à la septicémie, à la péritonite ! L'accoucheur le plus prudent sera celui qui interviendra le plus vite et qui aura pour cette affection si bénigne, mais si trompeuse parfois, toute l'attention et tous les soins qu'elle mérite. » Aussi M. Decoster conseille-t-il de commencer le traitement des végétations par des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 puis à 1/25, puis à 1/100[e] au moment de l'accouchement et des couches ; il rappelle que son maître, M. Porak, traite volontiers ces végétations par l'acide chromique et le nitrate acide de mercure. On met à la vulve de l'ouate hydrophile, dans le vagin de la poudre d'écorce de chêne, de façon à s'assurer que les caustiques en excès ne fuseront pas et qu'ils seront absorbés par ces agents. Sans doute ce traitement doit être inoffensif et n'expose guère à un avortement ; mais le plus souvent n'est-il pas inutile ? « Pourquoi, disait Cullerier, fatiguer une femme grosse par un traitement inutile ? En effet, quelques jours après l'accouchement, on cherche en vain la trace même des végétations ; elles ont disparu avec la cause qui les avait produites et bien rarement elles reparaissent à une seconde grossesse. » MM. Tarnier et Budin, tout en reconnaissant que l'accouchement ne fait pas toujours disparaître les végétations, répudient tout traitement énergique. M. Tarnier conseille d'appliquer une solution de tannin en consistance sirupeuse.

D'ailleurs, si les végétations persistent après l'accouchement, il est toujours temps de les traiter, soit par l'incision, le broiement, l'écrasement, soit par le raclage, soit même par les attouchements avec des substances caustiques. — Pendant la grossesse, il faut que ces végétations prennent un développement considérable, qu'elles créent un véritable danger pour les femmes, pour qu'une intervention soit nécessaire ou même utile. G. LEPAGE.

BIBLIOGRAPHIE

HYSTÉRIE ET TRAUMATISME, par le D[r] *Paul Berbez*, ancien interne des hôpitaux (Thèse de Doctorat, Paris, 1887, in-8, 126 pages. A Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

Parmi les nombreuses manifestations de l'hystérie, il en est un certain nombre qui revêtent un véritable aspect chirurgical ; telles sont la mamelle irritable, le testicule irritable, les troubles oculaires,

les faux kystes de l'ovaire, les fausses péritonites, etc ; le Dr Berbez les laisse de côté et restreint son étude : 1° aux paralysies flasques ou avec contractures de nature hystérique causées en apparence par le traumatisme ; 2° aux contractures auxquelles s'ajoute l'élément douleur, contractures produites dans des conditions identiques à celles qui réalisent les paralysies, c'est-à-dire aux arthralgies hystéro-traumatiques.

Après un historique et un chapitre d'étiologie commune à ces manifestations, le Dr Berbez étudie séparément la symptomatologie des paralysies flasques, des paralysies hystéro-traumatiques avec contracture, et des arthralgies. Il nous montre ensuite dans un intéressant chapitre de pathogénie l'identité absolue de ces paralysies et de ces contractures causées par le traumatisme avec les paralysies et les contractures suggérées des hypnotiques. Le traumatisme par lui-même a peu d'importance, l'idée erronée à laquelle il a donné naissance est tout. Et cependant bien qu'il n'y ait aucune lésion organique, bien qu'il n'y ait ni maladie cérébrale, ni myélite, ni névrite périphérique, le pronostic, sans être jamais ou presque jamais fatal, doit toujours être réservé.

« Quel traitement appliquer à ces manifestations de l'hystérie ? Il faut avant tout *savoir ne rien faire*, nous dit le Dr Berbez. Pas d'appareils contentifs, pas de redressements intempestifs, avec ou sans chloroforme, des contractures douloureuses ou non. En irritant par des violences profondes ou même superficielles (révulsifs de toute nature) la peau, qui peut être à elle seule le point de départ d'une contracture, on n'arrive souvent qu'à rendre incurable le mal qu'on pouvait guérir.

On aura recours à l'hydrothérapie pratiquée régulièrement, à l'électricité statique, à l'isolement ou tout au moins au changement de genre de vie.

Le massage, les aimantations localisées sont des moyens curatifs plus directs.

Par le transfert « le Dr Babinski a pu enlever non seulement des mutismes et des manifestations provoquées de l'hystérie, mais encore améliorer sensiblement, sinon guérir complètement, plusieurs hystéro-traumatiques. »

Pour faire disparaître très rapidement une monoplégie, le Dr Gauthiez « flagelle les zones motrices du crâne, correspondant au membre paralysé, avec le bord cubital de la main dont les doigts sont tenus écartés. » Malheureusement « ces manœuvres, très efficaces puisqu'elles amènent rapidement la disparition des accidents, ont l'inconvénient de produire une céphalalgie très pénible. »

Enfin on devra se rappeler qu'il faut agir sur l'état général du

sujet bien plus que sur le symptôme local et que le traitement moral, le traitement par suggestion sont de la plus haute importance. — « Pour la paralysie flasque, faisons naître l'idée de mouvement par l'évocation du mouvement lui-même. Peu à peu le malade redeviendra apte à vouloir exécuter un mouvement quelconque. — Nous savons que chez les hypnotiques, ce qu'une suggestion a fait, une suggestion peut le défaire. Chez les hystéro-traumatiques ce qu'une auto-suggestion a produit doit pouvoir être défait par une auto-suggestion contraire ou par la suggestion imposée par le médecin. »

E. Deschamps.

VARIÉTÉS

Les mariages en Kabylie.

Nous trouvons dans une lettre de M. *Mayor* au *Journal des missions évangéliques* des détails qui nous ont paru devoir intéresser nos lecteurs; plusieurs d'entre eux seront peut-être à même de vérifier leur exactitude.

« La mariée est amenée par son père, son frère, ou un autre proche parent, à la maison de son mari; elle est montée et tenue sur un mulet, voilée d'un voile noir ou rouge, et tenant devant son visage un grand couteau pour montrer que personne n'a le droit de la dévoiler, si ce n'est son mari lui-même. Toute la journée, pendant que les invités vont et viennent, que les « tam-tams » résonnent, que le couscous se mange à profusion, la pauvre fille est assise dans un coin obscur de la maison; une lampe est suspendue au mur au-dessus d'elle, et, au risque de l'étouffer, ses amis se pressent en foule autour d'elle. La fête continue plusieurs jours, et, tout ce temps, les femmes portent leurs plus beaux vêtements et sont parées de leurs bijoux. C'est l'usage d'apporter des cadeaux à la mariée; les femmes lui offrent des présents, tandis que les hommes donnent une certaine somme d'argent à l'époux.

L'habillement d'une femme kabyle se compose d'une ou plusieurs longues blouses blanches, ou de couleur voyante, sans manches ou à manches fort larges, retroussées de manière à découvrir le bras. Elles ont en plus deux morceaux d'étoffe assemblés sur les épaules par de grandes épingles d'argent (*ifzimen*) et retenus à la taille par une écharpe de soie ou de laine. Les bijoux sont nombreux et de toutes formes; les femmes en portent comme colliers, bracelets, aux poignets et aux chevilles, ainsi que sur la tête par-dessus le foulard qui couvre leurs cheveux. Une espèce de broche ronde n'a le droit d'être

portée sur le front que par l'heureuse mère qui a mis au monde un garçon ; c'est un signe d'honneur, car les filles sont regardées comme des êtres fort inférieurs.

Parmi les femmes, il en est très peu qui aient des souliers ; on les voit dehors dans les mauvais temps, dans la boue glacée, avec leurs pieds nus. Elles font toutes sortes de gros ouvrages, elles lavent les olives, cherchent l'eau, la farine au moulin, le bois pour faire la cuisine, et l'herbe pour les bêtes. Peut-être en rentrant, si ces pauvres femmes n'ont pas assez travaillé, recevront-elles des coups ? Oui, leur mari ou maître a plein pouvoir sur elles, et on dit qu'il n'est pas une femme kabyle qui ne sache ce que c'est que d'être battue. Peu d'affection leur échoit en partage. Elles connaissent à peine l'amour d'une mère, puisque le temps de leur séjour dans la maison paternelle est ordinairement fort court. Plus tard, elles ne sont aimées qu'en raison de leur utilité. Si elles souffrent, on s'impatiente, car la maladie nuit au bien-être de la maison.

Les souffrances, les maladies prennent ici plus que partout ailleurs mille formes horribles ; nul traitement raisonnable ne les combat. Certains malades sont emportés rapidement ; d'autres dépérissent peu à peu faute de médicaments, de soin ou de nourriture fortifiante... » (*Journal d'hygiène.*)

NÉCROLOGIE

Le Dr Méhu, membre de l'Académie de médecine.

Le Dr Michel Rambaud, reçu en 1845, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le Dr Dupin, de Bordeaux, reçu en 1874.

Le Dr Baughier, de Mostaganem, décédé à l'âge de 62 ans.

Le Dr Boulhommier (de Coulommiers-Lesplanes).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pour l'année scolaire 1887-1888, demeure composé comme suit : M. Brault, chef des travaux ; MM. Chantemesse et Toupet, préparateurs ; MM. Widal, Marfan, Clado, Guinon et Nicole, moniteurs.

Le personnel du laboratoire de clinique des maladies des enfants est composé comme suit : M. Germont, préparateur d'anatomie pathologique ; M. Lhomme, préparateur de bactériologie ; M. Chautard, préparateur de chimie.

M. le Dr Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

HÔPITAUX DE PARIS. — Le nouvel hôpital d'Enfants dû à la générosité de Mme la baronne Alquié, femme de l'ancien député de la Vendée, sera créé rue de Bagnolet.

Le conseil municipal de Paris vient de décider, sur le rapport de M. Joffrin, que l'hospice des incurables d'Ivry porterait désormais le nom de Maison de retraite d'Ivry.

L'administration de l'Assistance publique vient d'adopter un vœu formulé autrefois par le conseil municipal et rendant aux deux établissements de la vieillesse-femmes et de la vieillesse-hommes, leurs noms populaires de la Salpêtrière et de Bicêtre.

Concours des prix de l'internat (Médaille d'or ou bourse de voyage). — La question écrite posée a été : *Pylore et dilatation de l'estomac.* — Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Circulation sanguine du rein et néphrites infectieuses* ; *Muqueuse vésicale* et *Fièvre urineuse.* La lecture des compositions commencera mercredi prochain, à 5 heures, à la Charité.

Par suite des nouveaux règlements, le concours pour la médaille d'or de l'Internat n'est plus obligatoire. Voici les noms des internes de quatrième année qui se présentent à ce concours : MM. Barbier, Blocq, Demoulin, Girode, Grattery, Guillet, Jeanselme, Jeanton, Lejars, Poiguère, Villemin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Dans la séance publique annuelle de l'Académie de médecine qui aura lieu le 13 décembre prochain, M. Bergeron, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de Bouillard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et les revaccinations en 1886 :

Prix (de la valeur de 1500 fr.), partagé entre : MM. les docteurs Billot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dellys ; Cazales, médecin-major de première classe à Lons le-Saulnier, et Jablonski, à Poitiers.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Massina, à Vernet-les-Bains, et Pujos, à Auch ; — MM. les médecins-majors Geschwind, à Nevers, et Pugibet, à Aïn-Béïda.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Baudré, à Neubourg ; Berlingeri, à Bastia ; Bézaud, à Vaison ; Billot, à Corrèze ; Bouley, à Beaune ; Breynart, à Dunkerque ; Clédon, à Navarreux ; Coiffier, au Puy ; Colard, à Ornans ; Cosmao-Duménez, à Pont-l'Abbé ; Congit, à Toulon ; Couture, à Condom ; Devillez, à Paris : Doisneau, à Laval ; Drouhet, à Melle, Dupont, à Saint-Loup-sur-Sémouze ; Évesque, à la Motte-Chalançon ; Feyge, à la Chambre ; Fournac, à Marseille ; Friot, à Nancy ; Garnier, à Montriond ; Guézennec, à Tréguier ; Guinoiseau, à Saint-Dizier ; Jaubert, à Castiglione ; Malteste, à Ruffec ; Michel, à Cavaillon : Nodet, au Chambon ; Pilat, à Lille ; Pilven, à Landivisiau ; Sapin, à Poule ; Simonin, à

Lure; Terver, à Écully; Thoizon, à Souppes; Tixier, à Liancourt; Tuefferd, à Montbéliard; Valette, à Cahors; Villeneuve, à Lexor, et de Welling, à Rouen.

MM. les médecins-majors André, à Rouen; Aubertin, à Belfort; Forgues, à Châlons; Gerbault, à Rambouillet; Legagneur, à Pont-Saint-Esprit; Mackiewicz, à Toul; Rouire, à Sens, et Sollaud, à Cherbourg.

MM. les officiers de santé Arrepaux, à Arrens; Bergerat, à Neuilly-le-Réal; Panoo, à Vinça; Plenquet, à Ay, et Rodon, à Ouzouer-sur-Trézée.

M. le médecin-pharmacien Roubaud, à Marseille.

Corps de santé militaire.—M. Duponchel, médecin-major de 2e classe au 17e régiment de chasseurs à cheval, a été nommé professeur agrégé de législation, d'administration et de service de santé militaires, à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire.

Armée territoriale. — Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : 6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Bagneris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — Colleville, médecin des hôpitaux de Reims. — Guillemin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Chalot, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Au grade de médecin major de deuxième classe. — MM. Voger. — Belugou, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. — Guibal, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. — Thau. — Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — Sarda, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. — Brousse, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Dupré, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Puel.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. Petitot. — Ville, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Corps de santé militaire. — *Réserve.* Ont été nommés : *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. Motheau, Vasticar, Malingre, Loye, Larauza, Laumet, Blanc-Fontenille, Véroudart, Peignon, Sengensse, Piquard, Copin.

Armée territoriale. — 4e corps d'armée. — Ont été promus : *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Chatin, Grellière, Lucas-Fontaine, Bouchard, Hamon, Michel, Morisset, Mouton, Bienvenot, Morel, Crouzet, Floquet, Barrabé, Couléard-Desforges.

5e corps d'armée. — M. Maygrier, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris.

6e corps d'armée. — M. Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux de Paris.

14e corps d'armée. — MM. Garel, Chappet, médecins des hôpitaux de Lyon, Rodet, professeur agrégé de la faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — MM. Lemoyne, Alexandrowicz, Fanton, Bernard, Pluyette, d'Astros, Alezais, médecins des hôpitaux de Marseille.

18e corps d'armée. — MM. Monod, Mesnard, chefs de clinique à la faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Mortalité des médecins. — 1° Karup et Gollmer ont fait porter leurs recherches sur les médecins assurés par la banque d'assurances sur la vie de Gotha. Les auteurs confirment, d'une part, le fait bien connu que la vie des médecins est plus en péril que celles des individus d'autres professions ayant un rang social analogue. Mais en même temps ils ont constaté que ce péril n'est pas aussi considérable qu'on l'admet généralement, en se basant sur des statistiques défectueuses.

Les médecins assurés à la banque de Gotha présentent sur l'ensemble des assurés un excédent de mortalité de 11,5 p. 100. Cet excédent s'explique par les chances de contagion, les intempéries auxquelles expose la profession médicale.

Les principales causes de décès chez les médecins assurés à Gotha sont les maladies des voies respiratoires, y compris la phthisie, l'apoplexie et la fièvre typhoïde.

2° Geissler est arrivé à des résultats analogues en étudiant la mortalité et la durée de la vie des médecins saxons durant une période de vingt ans (1846-1865). Les dangers qui menacent la vie des médecins sont de 10 p. 100 plus grands que pour l'ensemble de la population masculine du même âge. On peut tenir comme sûrement erronées toutes les données anciennes qui fixent la mortalité médicale à un chiffre supérieur.

Si l'on prend l'âge de 26 ans accomplis comme début de la carrière professionnelle, on trouve que la moitié des médecins saxons parviennent à l'âge de 60 ans et le quart à 70 ans. (*Annales d'hygiène publique.*)

La mémoire de L. Bassereau. — L'article consacré par le *Lyon Médical* aux insignes mérites de Bassereau et à l'insigne méconnaissance dont ils furent payés nous a valu, outre plusieurs témoignages approbatifs, une lettre rectificative. « Vous faites erreur, nous dit-elle, en accusant d'ingratitude ses contemporains. Tout le monde sait qu'il était chevalier de la Légion d'honneur. » Oui, cela est vrai, et nous sommes heureux de réparer un oubli en rappelant que Bassereau avait en effet été décoré, pour services éminents *comme médecin de l'Octroi!* (*Lyon Médical*).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 144 Jeudi 8 Décembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE.

Premier Paris. — **Travaux originaux** : Du chloroforme et de son administration, par M. le Dr Paul-Boncour (suite et fin). — **Comptes rendus analytiques des Sociétés savantes** : *Académie de médecine*, séance du 6 décembre 1887. — **Bibliographie.** — **Faculté de médecine de Paris** : Tableau des actes du 12 au 17 décembre 1887. — **Nouvelles.**

Paris, le 7 *décembre* 1887.

M. Albert Robin, récemment élu, a fait hier ses débuts à la tribune de l'Académie de médecine, en exposant les recherches qu'il a faites en 1885 et 1886, dans son laboratoire de l'hospice des Ménages, sur l'antipyrine. Il a surtout étudié les modifications apportées dans l'excrétion et dans la composition des urines par l'ingestion de ce médicament et il en a déduit l'action physiologique.

L'antipyrine agit d'abord sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité en modifiant sa nutrition élémentaire. Elle diminue la désintégration organique et abaisse plus encore les oxydations organiques; enfin elle possède un pouvoir antiseptique assez marqué, même à dose faible.

M. Aug. Ollivier, avant d'être membre de l'Académie, avait déjà commencé une croisade contre l'opinion de la contagion de la pelade. Il continue aujourd'hui à poursuivre la même idée, trouvant déplorable que l'on écarte systématiquement des lycées, à un âge où leur avenir se joue, des élèves atteints d'une affection aussi bénigne et dont la contagiosité n'est rien moins que démontrée. M. Cornil est du même avis; M. Hardy au contraire croit fermement à la contagion.

Cette discussion a été simplement ébauchée hier, vu l'heure déjà avancée, mais elle sera reprise dans une prochaine séance. Nous souhaitons qu'elle éclaire enfin l'opinion des médecins des écoles, très perplexes en pareil cas.

M. Panas a décrit, surtout d'après les médecins norwégiens, les lésions oculaires de la lèpre et il a indiqué les opérations chirurgicales qui pourraient diminuer la gravité des lésions.

M. Charles Monod présente, au nom de M. Ruault et au sien, le larynx cancéreux d'un homme qui a eu la mauvaise idée de mourir avant l'extirpation de larynx que ces deux distingués confrères se proposaient de pratiquer sur lui.

Mardi prochain aura lieu la séance publique annuelle dont la principale attraction sera l'éloge de Bouillaud par le secrétaire pérpétuel, M. Jules Bergeron. A. Ch.

Du chloroforme et de son administration.

Par M. le Dr E. PAUL-BONCOUR.
ancien interne des hôpitaux de Paris.

(SUITE ET FIN) (1).

Il nous serait facile de donner des preuves multiples à l'appui de ce que nous avançons. Nous ne saurions mieux faire que de citer l'observation d'un malade du Dr Reliquet qui avait été endormi à deux reprises différentes suivant la méthode ancienne, et sur lequel nous avons eu l'occasion d'appliquer notre méthode. Cet homme extraordinairement nerveux et impressionnable avait été tellement malade à la suite de ses deux premières chloroformisations, et en avait conservé un tel souvenir qu'il ne cessait de remettre de jour en jour une opération des plus utiles, rien que par la crainte du chloroforme. Aussi fut-il très agréablement surpris de n'éprouver aucun malaise ni à son réveil, ni pendant les heures qui suivirent !

Que de malades ne pourrions-nous pas citer, qui, se disant rebelles au chloroforme, ont été, suivant la méthode des petites doses, endormis avec la plus grande facilité.

Les vomissements sont extrêmement rares quand on s'est servi de chloroforme pur ; s'il y en a, ils durent très peu de temps, et non pas des heures, des journées entières, comme il nous est arrivé de le voir quelquefois. Est-il utile de dire l'importance qu'il y a à n'avoir que peu ou pas de vomissements ? Les plaies ne sont point tiraillées dans les efforts que fait l'opéré, le sang n'a pas de tendance à sortir des vaisseaux coupés, les pansements restent intacts et ne sont point maculés. Il en résulte que le patient se trouve dans de bien meilleures conditions de santé qui ne contribuent pas peu au succès de l'opération.

En suivant cette méthode, le chloroforme peut être utilisé dans toutes les opérations, de très courte ou de très longue durée.

Si, dans une opération ne devant durer que quelques minutes, mais devant faire supporter au malade une douleur intense, telle que la circoncision, le débridement du méat, l'uréthrotomie interne, l'ongle incarné, etc..., le chirurgien n'hésite pas à se servir du chloroforme qui, employé à très petites doses, ne cause aucun malaise consécutif, c'est avec la plus grande tranquillité qu'il entreprend l'opération la plus longue et la plus difficile, telles que l'ovariotomie, l'hystérectomie, les extirpations de tumeurs dans les régions exceptionnellement vasculaires et nerveuses.

Les spécialistes pourront en faire sans crainte un usage fréquent dans la lithotritie, la taille, etc.

(1) Voir *France médicale*, nos 142 et 143.

Le chloroforme administré de cette façon, les accoucheurs l'emploieront avec avantage dans leurs opérations spéciales, telles que l'application de forceps, les versions pénibles et laborieuses, l'embryotomie, et lorsqu'il s'agira, dans les accouchements normaux, de supprimer toute espèce de douleurs à leurs sujets pusillanimes.

Dans ces derniers cas surtout, l'emploi de petites doses a une très grande importance. Le sang chargé d'une très petite quantité de liquide anesthésique ne pourra faire courir de danger à la santé de l'enfant, et la mère qui, après l'accouchement, devra nourrir ne sera que très peu incommodée.

La chirurgie dentaire pourra aussi tirer un bon parti de cette méthode; mais de très grandes précautions devront être prises dans son application, d'abord parce que le patient peut ne pas se trouver complètement à jeun lorsqu'il désirera être opéré, et aussi et surtout en raison de la position oblique, presque verticale, qu'il est souvent nécessaire de donner au malade, position qui prédispose singulièrement à la syncope.

Par ce procédé, on peut dire qu'il n'y a pas de cas dans lesquels on ne puisse donner le chloroforme.

Les malades atteints d'affections du cœur, et qui doivent être endormis avec les plus grandes précautions, le supportent bien. Bien plus, leur essoufflement, leur oppression, se calment à mesure que l'anesthésie avance ; le pouls qui était irrégulier devient régulier.

Il en est de même des malades atteints d'affections pulmonaires, telles que catarrhe chronique des bronches et emphysème.

Nous avons même vu chez un malade que M. Labbé allait opérer d'une tumeur comprimant le larynx et les premiers anneaux de la trachée, un cornage très accentué disparaître sous l'influence du chloroforme.

Les affections graves des reins qui diminuent notablement la sécrétion urinaire, produisent une anurie presque complète, ne sont point un obstacle. Nous avons donné le chloroforme à deux malades de M. le Dr Reliquet qui se trouvaient dans ces conditions et nous n'avons pas constaté autre chose que les phénomènes ordinaires d'une anesthésie régulière.

Lorsque l'opération est terminée, et que le malade est replacé dans son lit, voici quelle conduite nous conseillons aux personnes chargées de la garde de l'opéré.

Nous avons l'habitude de ne jamais quitter le malade avant qu'il ne soit revenu à lui et qu'il n'ait répondu d'une façon lucide aux questions que nous pouvons lui poser.

Si la bouche est très sèche, nous recommandons l'usage, en gargarisme, des eaux alcalines, telles que Vichy et Vals. Si, au bout

d'une heure et demie à deux heures, la soif est pressante, nous permettons de donner de petites doses d'eau froide, légèrement alcoolisée et très faiblement sucrée. S'il s'est agi d'une opération de longue durée, aucune alimentation solide ne devra être prise dans la journée : il faudra se contenter de bouillon de bœuf ou de poulet, et ce n'est que dans le cas où le chloroforme n'a été administré que pendant très peu de temps, que nous autorisons le malade à prendre le soir quelques aliments solides.

A de très rares exceptions près, nous avons été obligé de combattre des vomissements fréquents. Dans ce cas, l'eau glacée, le champagne frappé, le café faible et l'eau oxygénée peuvent rendre service.

Bien que depuis l'emploi du chloroforme à très petites doses et sans intermittences, et grâce à une surveillance multiple et de tous les instants, nous n'ayons jamais eu aucun accident pendant le cours de l'anesthésie, il est bon cependant d'être armé et de savoir exactement ce qu'il y aurait à faire s'il survenait quelque chose.

Deux cas sérieux peuvent se présenter.

Tout à coup le pouls disparaît, la respiration s'arrête et le malade devient d'une pâleur extrême; l'auscultation du cœur n'indique aucun battement. C'est une syncope qui vient de frapper l'opéré. La situation est grave, extrêmement périlleuse ; il n'y a pas une seconde à perdre. Immédiatement le sujet doit être placé la tête en bas et tous les moyens utiles à réveiller les contractions cardiaques doivent *être* employés. Le meilleur, c'est celui qu'on a toujours sous la main : c'est l'eau chaude, presque bouillante. Une compresse imbibée de cette eau doit être appliquée sur la région du cœur, en même temps qu'on flagelle vigoureusement le malade.

Une autre complication, peut-être un peu moins grave que la précédente, doit être également prévue. La respiration devient bruyante, saccadée, espacée, la figure prend une coloration violacée, lie de vin, les yeux semblent vouloir sortir de leur orbite, le pouls se sent encore, mais très petit et très irrégulier.

Précédemment le cœur était en cause, ici ce sont les poumons ; nous sommes en présence d'une sorte de paralysie pulmonaire, produisant l'engorgement et l'asphyxie.

Il ne faut pas un moment d'hésitation, et, sans tarder, il faut placer le malade dans la position horizontale, amener la langue au dehors et pratiquer la respiration artificielle. La meilleure manière de faire celle-ci est de provoquer la dilatation et le resserrement des parois thoraciques, par un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement des bras.

Placé au chevet du lit, on saisit les deux membres supérieurs et

niveau des poignets pour les amener violemment au-dessus de la tête, et parallèlement au tronc, et ensuite les ramener fléchis sur les côtés du corps.

Cette manœuvre doit être répétée pendant un temps plus ou moins long avant que tout danger soit écarté.

L'administration du chloroforme est une opération sérieuse qui nécessite de la part de celui qui en est chargé une certaine expérience : une très grande surveillance est obligatoire pendant tout le cours de l'anesthésie ; et le médecin, qui tient la compresse, ne peut l'exercer véritablement que s'il se désintéresse absolument de l'opération pratiquée sur le malade et s'il a bien sincèrement le sentiment de sa responsabilité.

La méthode que nous venons de décrire appartient à notre maître, M. L. Labbé, qui l'a fait connaître à l'Académie de médecine lors de la discussion de 1882. On peut la qualifier « Méthode des petites doses administrées d'une façon continue, sans intermittence. »

Elle est non seulement supportée très facilement par tous les malades, mais, de plus, elle est pour eux la garantie d'une très grande sécurité.

Grâce à elle, le chirurgien n'a pas à se préoccuper de l'anesthésie et peut consacrer à son opération tout le sang-froid et toute la présence d'esprit dont il est capable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *décembre* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. G. Fleury, pharmacien principal à Alger, qui prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats au titre de correspondant ; 2° une lettre de M. Charlier, relative au traitement de la phthisie par le sulfate de cuivre.

Mort de M. Méhu. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Méhu, membre de la section de pharmacie depuis 1880.

M. *Marty*, sur l'invitation de M. le président, lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de l'Académie.

Présentation d'appareil. — M. *Lé Fort* présente, de la part de M. Gribouillaud, un bras artificiel, ayant l'avantage d'être très solide, de pouvoir se prêter à tous les travaux habituels, et qui ne coûte que 40 fr.

Antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications générales : *Essai de chimie physiologique appliquée à la thérapeutique.*

— M. *Alb. Robin* a fait, en 1885 et 1886, dans son laboratoire de l'hospice des Ménages, des recherches sur l'influence de l'antipyrine sur les actes de la nutrition.

L'antipyrine diminue toujours la quantité d'urine chez les sujets sains. Dans la fièvre typhoïde, l'abaissement est encore plus marqué que dans l'état normal. Dans les états chroniques, il en est de même et l'abaissement est d'autant plus considérable que la nutrition est plus compromise. De même, il y a diminution de la quantité d'urée.

A l'état normal, l'antipyrine augmente la sécrétion de l'acide urique. Elle diminue la quantité des phosphates. Dans les états aigus, elle diminue de même l'acide phosphorique, en même temps que l'urée. L'acide sulfurique des sulfates baisse sensiblement, de même que l'acide sulfo-conjugué.

L'antipyrine diminue en somme la quantité de l'urine, les matériaux solides, l'urée, l'azote total, le rapport de l'azote, de l'urée à l'azote total, l'acide phosphorique, l'acide sulfurique des sulfates, l'acide sulfurique conjugué.

Elle augmente l'acide urique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote de l'urée, le phosphore incomplètement oxydé et ses divers rapports, le soufre incomplètement oxydé et la potasse.

Tels sont les phénomènes qu'il s'agit d'interpréter pour juger de la valeur de l'antipyrine. L'antipyrine se rapproche de la série médicamenteuse que M. Germain Sée a désignée sous le nom de médicaments d'épargne.

L'azote étant éliminé en moins grande quantité, cela signifie que l'antipyrine diminue la désintégration des matières azotées. Il s'agit de savoir ce que ces matières deviennent dans l'économie.

L'antipyrine augmente l'excrétion des matières phosphorées et de la potasse. Cette potasse en excès ne peut venir ni des muscles, ni des globules rouges, il paraît donc rationnel de lui donner le système nerveux comme origine. Mais au bout de deux jours, cette augmentation de la potasse fait place à une diminution de son élimination en même temps, qu'augmente l'élimination du phosphore incomplètement oxydé. L'antipyrine agit donc en ralentissant les oxydations nerveuses, elle n'agit pas d'une manière égale sur tous les organes de l'économie, elle agit surtout sur les organes riches en azote et en matières phosphorées. Cela explique l'élection de l'antipyrine pour le système nerveux. L'antipyrine produit une dépression de l'activité nerveuse; les anesthésiques qui figurent au premier rang des dépresseurs de l'activité nerveuse ont une action chimique semblable à celle de l'antipyrine.

Les conclusions qui découlent de ces recherches sont les suivantes :

1° L'antipyrine agit d'abord sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité, non pas d'une manière purement dynamique, mais en agissant sur sa nutrition élémentaire.

2° Elle diminue la désintégration organique et abaisse plus encore les oxydations organiques, d'où la production d'un excès relatif d'acide urique et de matériaux extractifs azotés, qui sont moins solubles, et par conséquent plus difficilement éliminables que l'urée. Il est probable que cette influence sur la nutrition générale dépend immédiatement des effets de l'antipyrine sur le système nerveux, car les médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse agissent presque tous dans le même sens.

3° L'antipyrine possède encore comme propriété particulière un pouvoir antiseptique assez marqué même à dose faible et qui semble se manifester aussi bien dans l'organisme, et sans dommage pour lui, que dans les expériences de laboratoire.

L'énoncé de ces trois propositions montre quelles doivent être les applications de l'antipyrine. Elle agit contre la douleur, contre les cardiopathies douloureuses et l'angine de poitrine.

D'autre part, son action contre les fièvres est bien douteuse. Elle doit être soustraite du groupe des antipyrétiques et définitivement supprimée dans les pyrexies.

M. *Verneuil* a recueilli, dans ces derniers jours, deux observations montrant l'action antisepticémique de l'antipyrine. Un malade auquel M. Verneuil avait pratiqué la résection de l'épaule, avait de la fièvre, la température oscillait de 40 à 41°. M. Verneuil donna de l'antipyrine en lavement, à la dose de 2 grammes le matin et de 2 grammes le soir. La température retomba à 37,5, et en deux jours, l'apyrexie est redevenue complète.

Une femme, à la suite de la manipulation d'un anthrax, eut le lendemain un abcès de la fosse iliaque avec fièvre assez élevée; M. Verneuil lui fit prendre en lavement 2 grammes d'antipyrine matin et soir, la fièvre est tombée et n'est plus revenue.

M. *Robin*. Les faits de M. Verneuil viennent à l'appui des conclusions que j'ai posées.

La pelade et l'école. — Il y a plusieurs mois, M. Ollivier a lu à la tribune de l'Académie un travail dans lequel il combattait l'idée de la contagion de la pelade et cherchait à démontrer son origine nerveuse. Comme corollaire de cette opinion, il demande que les enfants atteints de pelade ne soient plus exclus des écoles, surtout quand ce sont des jeunes gens pour lesquels une exclusion prolongée peut être la cause de la perte de leur avenir.

Les dermatologistes sont très divisés au point de vue de la contagiosité de la pelade; il est certain qu'il doit y avoir au moins doute

et les peladeurs devraient bénéficier de ce doute, non pas dans les écoles maternelles où une absence prolongée des enfants n'offre pas grande importance, mais dans les classes supérieures des lycées où c'est compromettre absolument l'avenir des jeunes gens que les écarter pendant plusieurs mois de leur études. Il est d'ailleurs possible, sans recourir à ces mesures rigoureuses, d'empêcher la contagion, lorsqu'on y croit, sans empêcher les élèves de suivre leurs études. Pour cela il suffit d'accepter seulement les élèves comme externes et non plus comme internes, etd'exiger que pendant toute la durée de leur séjour dans l'établissement, ils aient la tête recouverte d'une coiffure qu'il leur sera absolument interdit d'échanger avec leurs camarades.

M. *Hardy* est d'un avis diamétralement opposé à celui de M. Ollivier. Il y a actuellement divergence dans les opinions des médecins relativement à la pelade. D'après un rapport de MM. Hillairet et Hardy, les enfants atteints de pelade sont exclus des classes, c'est même depuis cette époque que la pelade est beaucoup moins fréquente dans les lycées de Paris. M. Hardy croit absolument à la contagion de la pelade et c'est pour motiver cette opinion qu'il demande à prendre la parole dans une des prochaines séances.

M. *Cornil* ne croit pas à la contagion de la pelade dans la majorité des cas. On ne connaît ni champignon ni microorganisme qui soit l'agent de la pelade. Bazin et avec lui M. Malassez avaient autrefois décrit des champignons de la pelade, mais par la suite M. *Malassez* a reconnu que ces champignons étaient très communs dans les cheveux sains.

Dans ces conditions, étant donnée l'impossibilité presque absolue de démontrer la contagion et surtout étant donnée l'absence de contagion dans un grand nombre de cas, il serait utile de regarder à deux fois avant de briser la carrière des jeunes gens. Ce n'est là qu'un avis préliminaire. M. Cornil se réserve de prendre part à la discussion quand elle sera ouverte.

M. *Hardy* ne connaît pas plus que M. Cornil le parasite de la pelade ; mais M. Cornil n'a sans doute pas vu le parasite de la rougeole ou de la scarlatine et cependant il ne doute pas de la contagion de ces deux maladies.

M. *Cornil*. Cela est vrai, mais personne ne doute de la contagiosité de la rougeole ou de la scarlatine, tandis que les dermatologistes sont très divisés au sujet de la contagion de la pelade.

M. *Hardy*. Cela prouve qu'il y a doute et que dans le doute il faut s'abstenir d'envoyer à l'école les enfants atteints de pelade.

Hémato-salpyngite, hystérectomie. Présentation de pièces. — M. *Cornil* présente les pièces enlevées à la malade qui a fait le sujet

de la dernière communication de M. Terrillon à l'Académie de médecine.

Des lésions oculaires de la lèpre. — M. *Panas*. La littérature ophthalmologique concernant la lèpre, vient à peu près tout entière des médecins norwégiens. Les deux tiers ou les trois quarts des malades ont les yeux atteints à un degré plus ou moins élevé. Il y a à ce sujet des différences d'après les deux variétés de la lèpre, l'anesthésique et la tuberculeuse.

Les plus graves de ces lésions sont celles qui s'attaquent à la cornée et à l'iris. Elles se montrent aussi bien dans la forme anesthésique que dans la forme tuberculeuse, mais surtout dans cette dernière. M. Panas décrit ces lésions d'après les médecins norwégiens et pense que des opérations chirurgicales peuvent dans beaucoup de cas diminuer les désordres causés par ces lésions.

Cancer du larynx. présentation de pièce. — M. *Charles Monod*, au nom de M. *A. Ruault* et au sien, communique une observation de cancer du larynx. Il s'agit d'un homme de 63 ans, atteint d'épithélioma de la corde vocale inférieure droite. Le début des symptômes remontait à dix mois. L'examen laryngoscopique permit de faire le diagnostic quelques jours après que la tumeur avait commencé à s'ulcérer. L'état général du malade était excellent; la tumeur très bien limitée ; il n'y avait pas de tuméfaction ganglionnaire. Les auteurs décidèrent de pratiquer la thyrotomie, et au besoin l'hémilaryngectomie. La trachéotomie fut faite au préalable, mais le malade succomba à une pneumonie deux jours après. L'autopsie et l'examen histologique montrèrent qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé corné, exactement limité à la partie ligamenteuse de la corde vocale inférieure, dont les extrémités antérieure et postérieure étaient encore saines sur une étendue de quelques millimètres. MM. Monod et Ruault concluent que, dans ce cas et dans des cas analogues, l'opération partielle qu'ils avaient projetée eût pu amener la guérison. Ils insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce, et pensent que l'intervention chirurgicale serait plus souvent suivie de succès, si on la pratiquait dès le début de la maladie.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

—

Contribution a l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par le Dr Platon *Mavrikos* (Thèse de Doctorat, Paris 1887, in-8, 63 pages, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs).

L'érysipèle des nouveau-nés, si fréquent autrefois, tend chaque jour à devenir plus rare, grâce aux progrès des méthodes antiseptiques ; il n'est cependant pas impossible de l'observer encore, partilièrement dans les classes ouvrières, dans les milieux malsains et besoigneux.

Ne différant pas d'une façon générale de l'érysipèle de l'adulte, il présente cependant un certain nombre de caractères particuliers, qui ont engagé certains auteurs et parmi eux le Dr Mavrikos à l'étudier d'une façon un peu spéciale.

Débutant d'ordinaire d'une façon insidieuse, sans troubles prodromiques, sans fièvre, sans phénomènes réflexes (délire, vomissements, convulsions, etc.), l'érysipèle du nouveau-né est remarquable par la non-existence du bourrelet caractéristique de l'érysipèle de l'adulte, par sa marche erratique, par l'existence fréquente de gangrènes, de phlébites ombilicales et de péritonites, suppurées ou non. Aussi le pronostic est-il particulièrement grave et la mort est-elle la terminaison la plus fréquente, surtout dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit du véritable nouveau-né.

D'ailleurs, même quand il n'est pas mortel, l'érysipèle du nouveau-né est une affection fort grave. « N'oublions pas, en effet, dit le Dr Mavrikos, que même lorsque la guérison survient, il reste un affaiblissement de l'organisme qui dure très longtemps et le met dans des conditions de réceptivité particulière pour d'autres affections ; pour ne citer qu'un fait, nous disons que le professeur Parrot qui a noté l'athrepsie comme cause occasionnelle de l'érysipèle chez le nouveau-né, fait remarquer que l'érysipèle, ainsi qu'un grand nombre d'autres affections, peut conduire le jeune sujet à l'athrepsie. »

Après avoir décrit l'érysipèle des nouveau-nés et après avoir montré sa gravité, le Dr Mavrikos passe en revue les affections avec lesquelles on pourrait le confondre ; il étudie ensuite sa nature et sa pathogénie. Mais comment combattre cette affection?

« Traitement local antiseptique, traitement général le plus tonique possible, telle est, pour le Dr Mavrikos, la thérapeutique générale à opposer à l'érysipèle chez le nouveau-né. » E. DESCHAMPS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—

Tableau des actes du 12 au 17 décembre 1887.

Lundi 12. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Delens, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier.

— 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Fournier, Remy, Kirmisson. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus, Ribemont-Dessaignes. — 4e examen, doctorat : MM. Damaschino, Ollivier, Chauffard.

Mardi 13. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quenu. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Ch. Richet, Polaillon, Brun. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Le Fort, Tarnier, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Laboulbène, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. G. Sée, Peter, Raymond.

Mercredi 14. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Joffroy. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Brissaud. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Delens.

Jeudi 15. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Duplay, Peyrot. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Proust, Dieulafoy, Hutinel.

Vendredi 16. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Hayem, Remy, Brissaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Chauffard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Ollivier, Landouzy.

Samedi 17. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Quenu. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Tarnier, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Richet, Bouilly, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Fernet, Ballet. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Peter, Ball, Troisier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Bouchard, Legroux, Raymond

---

NOUVELLES

—

INCIDENT A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — La Société médicale des hôpitaux paraissait être, vendredi dernier, au grand complet. Cette affluence un peu inusitée, était, sans doute, motivée par le comité secret qui a raccourci sensiblement la séance publique et qui s'est prolongé fort longtemps.

D'après nos renseignements ce comité secret aurait été consacré à la discussion de la situation un peu fausse dans laquelle se trouve un membre de la Société, titulaire d'un service d'hôpital, et, en même temps, médecin consultant dans une station thermale, ce qui l'oblige à une absence de quatre à cinq mois chaque année.

Le bureau de la Société aurait, parait-il, adressé à ce sujet au médecin en question quelques observations, à la suite desquelles ce dernier aurait envoyé sa démission de membre de la Société.

Nous croyons savoir que cette démission a été acceptée, avec cette mention au procès verbal, qu'à l'appréciation de la Société un médecin des hôpitaux ne devait pas se servir de sa situation pour exercer la clientèle dans une ville d'eaux.

Quoi qu'il en soit, une question plus générale se pose à ce sujet, c'est de savoir si les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs des hôpitaux peuvent abandonner chaque année leur service d'hôpital et quitter Paris pendant quatre, cinq ou six mois, alors que les règlements administratifs n'autorisent qu'un congé deux mois.

Il est fort possible que les médecins du bureau central se réunissent pour discuter cette question spéciale. (*Bull. médical.*)

— Dans la séance de vendredi dernier de la Société médicale des hôpitaux, sur la proposition de M. Millard, délégué de la Société au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, on a désigné tous les membres de la Société, médecins dans des hôpitaux d'enfants et tous les membres de la commission d'hygiène, pour examiner un projet de construction de deux pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses à l'hôpital Trousseau.

Faisant preuve d'une déférence qui n'a pas toujours été dans les habitudes de ses prédécesseurs, M. le directeur de l'Assistance publique a tenu à avoir, sur les plans et la disposition de la construction projetée, l'avis de la Société des hôpitaux. On ne peut que lui en savoir gré et ce sentiment a été exprimé par le président, M. Féréol. (*Bull. médical.*)

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS. — La Société clinique de Paris tiendra sa prochaine séance le jeudi 8 décembre, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 23, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour : 1° M. LEGRAND : Observation de Narcolepsie; 2° M. Paul BERBEZ : Épilepsie à aura intestinale, les épilepsies partielles et le mal comitial; 3° Communications diverses.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 145 Samedi 10 Décembre 1887.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. LE Dr BROUARDEL.

—

Note sur deux cas de choléra nostras.

Par MM. A. GILBERT et G. LION (1).

Les deux observations qui suivent ont été recueillies dans le service de M. Brouardel suppléé par M. Brissaud.

La première est un exemple de *choléra nostras foudroyant*; elle peut être ainsi résumée :

Le 19 septembre 1887, à huit heures du matin, la nommée B., Marie, ex-infirmière, âgée de 30 ans, est prise subitement de diarrhée et de vomissements. A dix heures et demie, elle est amenée à l'hôpital de La Pitié et couchée au n° 27 de la salle Valleix. A ce moment ses traits sont tirés, ses extrémités froides et cyanosées. Incessamment se produisent des vomissements formés d'un liquide aqueux de coloration jaune et des évacuations alvines, riziformes, sans odeur fécaloïde. La langue est blanchâtre, le ventre plat, le pouls petit, la température prise dans le rectum normale, la voix cassée mais non éteinte.

La malade est très abattue et répond difficilement aux questions qui lui sont posées. Toutefois elle déclare qu'avant le 19 septembre elle était d'une bonne santé et qu'elle n'avait point de diarrhée, que pendant la nuit du 18 au 19 septembre, elle a dormi d'un sommeil tranquille, qu'enfin les accidents qui l'ont amenée à l'hôpital n'ont été occasionnés par l'ingestion d'aucune substance.

Le diagnostic de choléra nostras est porté et l'on prescrit le traitement habituel (thé au rhum, élixir parégorique, frictions, etc).

Les vomissements et la diarrhée persistent néanmoins, le pouls se supprime, la voix s'éteint, des crampes apparaissent et à cinq heures

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

de l'après-midi, c'est-à-dire neuf heures après le début des accidents, la mort survient précédée de collapsus.

La seconde observation est un exemple de *choléra nostras prolongé.*

La malade qui en est l'objet, nommée Ch., Alexandrine, est une femme de 70 ans. Prise de vomissements et de diarrhée le 10 août 1887, elle entre à la Pitié, salle Valleix, n° 8, le 17 août.

L'amaigrissement est alors très marquée ; les joues sont creuses, les yeux cerclés de noir. Les extrémités sont refroidies. La langue est blanche, la soif vive, l'abdomen déprimé ; les vomissements se répètent plusieurs fois par jour; la diarrhée est incessante; les selles sont aqueuses et jaunâtres, non riziformes. Les masses musculaires des mollets sont par intervalles le siège de crampes très douloureuses. Les urines sont ternes et albumineuses. Le pouls est petit, la température rectale normale. La voix n'est pas éteinte.

Sous l'influence d'un traitement énergique, les vomissements et la diarrhée diminuent, mais l'état général demeure mauvais : la face est altérée, l'abattement est profond, les extrémités sont froides.

Le 23 août, les vomissements et la diarrhée disparaissent, la peau se réchauffe, la langue est sèche et l'on constate sur l'abdomen, sur la base du thorax et sur une partie des cuisses, l'apparition d'un exanthème formée de taches d'un rose vif, légèrement saillantes, arrondies ou irrégulières, des dimensions d'une lentille à *celles* d'une pièce de 0,50 centimes, s'effaçant par la pression.

Le 24 août, l'exanthème a pâli. L'état général est très mauvais : la face est cireuse ; l'amaigrissement semble avoir fait de grands progrès depuis la veille. La malade demeure indifférente à ce qui se passe autour d'elle et refuse toute nourriture. La peau est chaude, la langue sèche. Les vomissements et la diarrhée ne se sont pas reproduits.

La mort survient le 25 août, 15 jours après le commencement de la maladie.

Des deux faits que nous venons de relater, le premier reproduit fidèlement le tableau du choléra asiatique foudroyant ; le second rappelle de tous points les observations que M. Duflocq (1) a rassemblées dans sa thèse sous la désignation de choléra asiatique « de forme chronique » ; la roséole cholérique elle-même n'a pas fait défaut dans ce second cas.

L'autopsie de notre première malade a seule pu être pratiquée ; elle a été faite trente-neuf heures après la mort et nous a montré les lésions qu'il est habituel d'observer dans le choléra asiatique.

(1) Duflocq. Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital St-Antoine, en novembre et décembre 1884. Th. doct. Paris, 1886, p. 95.

Le cadavre est dans un état de conservation parfaite. L'intestin est d'une teinte hortensia. Les follicules clos et les plaques de Peyer sont fortement tuméfiés. La cavité intestinale renferme une grande quantité de liqude riziforme. La surface du foie est parsemée de plaques violacées. La rate et les reins sont d'un volume normal. Les bords postérieurs des poumons sont congestionnés. Le sang est noir et épais.

A l'examen histologique des parois de l'intestin grêle, nous avons noté la chûte de l'épithélium et de la portion adjacente de la muqueuse, l'infiltration embryonnaire des portions subsistantes de cette tunique, l'élimination d'une partie du conduit des glandes de Lieberkühn et la conservation de leurs culs de sac, enfin la congestion des vaisseaux sanguins.

Dans le foie, nous avons relevé l'existence d'une infiltration embryonnaire des espaces portes et d'un léger degré de dégénérescence graisseuse. Nous n'y avons pas observé les lésions de la tuméfaction transparente (1) ni les lésions nécrobiotiques (2) des cellules hépatiques qui ont été signalées dans certains cas de choléra asiatique.

L'on conçoit fort bien, étant donnée l'identité symptomatique, anatomo-macroscopique et histologique du choléra nostras et du choléra asiatique, que divers auteurs aient pu croire à l'identité de nature des deux affections.

Mais les recherches bactériologiques n'ont pas confirmé cette manière de voir. Ni Koch (3), ni M. Cornil (4) n'ont pu, dans les cas de choléra nostras qu'ils ont étudiés, déceler la présence du bacille en virgule que l'on s'accorde généralement à considérer comme l'agent du choléra asiatique.

Nous avons nous-mêmes, au laboratoire de M. Duclaux, recherché le bacille virgule dans le cas de choléra nostras foudroyant dont nous avons fait l'autopsie, sans pouvoir le découvrir.

Dans le contenu intestinal étalé sur des lamelles, désséché et coloré avec la fuchsine et avec le violet de gentiane, nous avons trouvé diverses bactéries parmi lesquelles prédominait d'une façon remarquable un bacille droit d'une longueur moyenne de 4 à 5 μ. Sur des coupes de l'iléon durci dans l'alcool absolu, colorées soit au violet de gentiane, soit au bleu de méthylène, nous avons retrouvé les mêmes

(1) Hanot et Gilbert. Note sur les altérations histologiques du foie dans le choléra à la période algide. Comptes-rendus de la Soc. de biol. 1884, p. 685 et Arch. de physiol., 1885, p. 301.

(2) Kelich et Vaillard. Contribution à l'anat. patholog. du choléra asiatique. Archiv. de physiolog., 1885, p. 379.

(3) Koch. Sur les bactéries du choléra. Semaine médicale, 1884, p. 442.

(4) Cornil. Les bactéries. 2e édit., 1886, p. 561.

organismes disséminés à la surface érodée de la muqueuse, plus rares dans les culs de sac glandulaires et surtout dans l'épaisseur de la muqueuse elle-même. Par des cultures sur plaques, nous avons isolé les différentes espèces bactériennes contenues dans l'intestin. Le bacille droit dont nous avons parlé formait la presque totalité des colonies ; ensemencé par piqûre dans la gélatine, il la liquifiait avec une grande rapidité ; au bout de vingt-quatre heures, il donnait naissance à une culture blanchâtre en forme de sac et après deux ou trois jours, il avait entièrement liquéfié les tubes ensemencés.

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas rencontré le bacille courbe observé par Finkler et Prior dans plusieurs cas de choléra nostras et tout d'abord considéré par eux comme identique au bacille virgule de Koch. Ce bacille n'ayant été retrouvé ni par Koch, ni par M. Cornil, l'on peut affirmer que s'il est l'agent pathogène de certains faits de choléra nostras, — ce qui est fort douteux, — il ne peut être incriminé dans tous les cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

M. *Thiriar* envoie une observation de laparotomie pour calculs biliaires.

Le malade était ictérique depuis quelque temps, au moment où on l'opéra. Deux calculs étaient logés, l'un au voisinage du colon, et l'autre dans la mésocolon ; ils furent enlevés.

Mais en cherchant la vésicule biliaire, on trouva un amas de calculs au voisinage du duodénum ; on se borna à les refouler pour dégager le cholédoque ; on n'a pas pu les enlever.

Les suites immédiates et éloignées furent très bonnes ; le malade va très bien.

M. Thiriar cherche à expliquer la migration des calculs hors des voies naturelles, et croit qu'ils sont d'abord tombés dans l'arrière-cavité des épiploons.

M. *Pozzi* ajoute qu'il a reçu des nouvelles de l'opéré de M. Thiriar : il va très bien et il a augmenté de 3 kilogr.

Il fait remarquer que la section abdominale et l'ablation de deux petits calculs a suffi pour guérir le malade de douleurs très vives.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il diffère d'avis avec M. Thiriar.

Il ne croit pas que les calculs soient tombés d'emblée dans l'arrière-cavité de l'épiploon, mais que les calculs se sont accumulés autour

de l'ampoule de Vater, et que deux d'entre eux ont migré sous la séreuse et se sont arrêtés, l'un dans le mésocolon, et sous la séreuse du colon.

M. *Le Fort* présente un mémoire de M. Gripouillot sur la prothèse économique du membre supérieur.

PIED BOT ÉQUIN ; TARSECTOMIE. — M. *Monod* présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance et auquel il a fait l'extirpation de l'astragale. Le résultat morphologique est très bon.

M. *Terrillon* présente les moules des pieds de l'enfant auquel il a fait la résection de l'astragale.

La cavité plantaire reste un peu surelevée, mais le malade marche bien.

M. *Schwartz* dit que, dans sa thèse, il avait indiqué que dans les cas d'équinisme seul, l'extraction de l'astragale suffit ; dans les cas de varus équin, il faut enlever un coin du calcaneum en avant. C'est ce qu'a montré Gross (de Nancy), au dernier Congrès de chirurgie.

M. *Le Dentu* montrera dans la prochaine séance un moule d'un pied bot avec renversement total du pied pour lequel il a enlevé l'astragale, le cuboïde, un angle du calcaneum et une partie du scaphoïde.

Actuellement le pied est droit, la plante du pied est plate et il existe des mouvements dans l'avant-pied.

M. *Championnière*. Je crois qu'il ne faut pas enlever beaucoup d'os, car les résultats deviennent meilleurs au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'opération. Dans tous les cas, on peut compléter plus tard l'opération.

M. *Le Fort*. Il faut établir une division bien marquée entre les pieds bots : ceux de l'enfant, ceux de l'adulte. Chez les enfants, avec de la patience et des appareils, on peut obtenir des résultats vraiment remarquables. Pour un enfant, je ne suis pas partisan de la tarsectomie ; quand il s'agit d'adultes, je préfère l'amputation ostéo-plastique du pied qui donne de très bons résultats, et, au point de vue de la marche, meilleurs peut-être que la tarsectomie.

CURE RADICALE DES HERNIES. — M. *Le Fort*. Je répondrai à M. Polaillon qui m'a dit que j'étais sévère pour la cure radicale des hernies. Oui, je repousse la cure radicale pour les hernies simples et qui sont très bien maintenues par des bandages, car, dans ces cas là il faut, après l'opération, pouvoir absolument supprimer le bandage. Or, le malade dont a parlé M. Polaillon et qu'il a opéré, a été obligé de porter un bandage.

M. Polaillon nous dit que quand la hernie reparaît, ce n'est pas la même qui se reproduit.

Or, cela importe peu que la hernie sorte par un point ou par un autre.

J'irai plus loin et je pourrais dire que la présence d'une cicatrice pourrait être le point de départ d'accidents.

Je répondrai à M. Trélat qu'il y a un très grand nombre de hernieux qui voient leur hernie sortir quand ils retirent leur bandage, de sorte qu'on serait appelé à opérer un très grand nombre de hernieux.

Je dis qu'un hernieux qui voit sa hernie sortir habituellement est exposé à moins d'accidents que celui dont la hernie ne sort pas quand il quitte son bandage.

Je crois que le progrès de la chirurgie est de guérir les malades sans opération.

Une hernie simple avec anneau large, sortie constante et contention difficile, ne doit pas être opérée suivant moi, je ne crois pas que l'opération donnât des succès, parce que l'anneau est large, la hernie directe ; l'opération peut être dangereuse.

Je crois que l'on peut la maintenir avec beaucoup de soin.

Dans les cas d'épiplocèle irréductible, on peut se borner à un bandage ; mais s'il s'agit d'un homme pauvre, peu soigneux, on peut être amené à faire la cure chirurgicale.

Dans les cas d'épiplocèle irréductible qui tend à augmenter avec probabilité d'intestin par derrière, je crois qu'on doit l'opérer.

M. *Tillaux* ne croit pas à la réalité de la cure radicale, *il faudra* revenir au bandage après l'opération.

Il la croit dangereuse, parce qu'on peut ne pas prendre toutes les précautions.

Je ne crois pas qu'il existe de hernies incoercibles, il suffit d'un peu de patience et d'habileté.

La cure radicale est applicable seulement aux cas exceptionnels, où le bandage est difficile à supporter.

M. *Reclus*. Presque tous les auteurs semblent d'accord pour dire que la cure radicale est une bonne opération, mais qu'elle a ses indications.

M. Championnière est seul à dire que le bandage est mauvais. Je pense qu'il ne fait pas allusion aux sujets jeunes. Chez les individus qui n'ont pas 20 ans, le bandage seul peut suffire.

J'accepterais l'opinion de M. Championnière, s'il prouvait que l'opération est absolument innocente.

Elle devrait être efficace, il faudrait qu'il nous fournit des statistiques comme Czerny, Julliard et Socin.

Dans les statistiques de Czerny-Julliard, tous les cas ont récidivé. Dans celle de Socin, la moitié seulement ont guéri. Beaucoup de

hernies dites irréductibles peuvent être réduites et elles peuvent être maintenues réduites.

Dans les cas où on échoue, où on ne peut maintenir réduite la hernie, on peut faire la cure radicale.

Je l'ai faite dans trois cas, le résultat immédiat me parut excellent.

Quand M. Championnière viendra nous dire qu'il a sauvé tous ses malades et qu'ils sont tous guéris, je serai de son avis.

M. *Trélat.* Je répondrai que les cas auxquels il a fait allusion sont des cas en train de s'aggraver. Je suis d'avis qu'il ne faut pas attendre cette aggravation pour opérer.

M. *Championnière.* Le mot de cure radicale s'applique à une opération qui a pour prétention de supprimer momentanément ou définitivement la hernie. Il suffit de s'entendre sur la valeur du mot, et alors on peut le conserver. Je suis surpris d'entendre des chirurgiens dire qu'on guérit tous les malades avant 15 ans ; je ne suis pas de cet avis.

Au point de vue de la gravité de l'opération, je dirai qu'un certain nombre d'entre nous subissent l'influence des vieilles idées en chirurgie, et croient qu'il faut raisonner depuis l'antisepsie comme on raisonnait avant.

Cette discussion sur la gravité pourrait se renouveler à propos de toutes les opérations.

Il ne faut aborder certains points de la chirurgie que si on est absolument garanti contre les accidents.

J'ai insisté sur la difficulté de l'opération, et j'y insiste encore.

M. Reclus me dit de montrer les opérés guéris. J'ai deux cas datant de sept ans. Il s'agissait de hernies incoercibles. Ils portent un bandage de pure précaution.

On peut se contenter de voir les malades peu de temps après l'opération, car, les récidives signalées par Julliard, Czerny, ont apparu après six semaines.

Quand ils résistent, on peut penser que l'opération sera radicale.

Moi aussi j'ai eu quelques récidives.

Qu'on enlève de l'épiploon du sac ou non, peu importe, ça n'augmente pas la gravité de l'opération.

Il ne faut pas opérer les enfants très jeunes, ceux qui sont diabétiques ou trop âgés.

M. *Terrier.* Je partage complètement les opinions de M. Championnière. J'ai une statistique de 117 cas, appartenant à plusieurs chirurgiens, sans un seul accident.

Il faut renoncer à trouver les malades qu'on a opérés. Par suite, je crois que l'argument de M. Reclus n'est pas sérieux.

M. *Le Fort.* Quand j'ai fait mes statistiques sur les résections de la hanche et du genou, j'ai pu arriver à trouver tous les malades opérés, seulement, il faut s'en donner la peine.

M. Championnière a condamné tout ce qu'il avait dit en disant que ce n'était pas une opération pour tout le monde. Cette opération pourrait donner des résultats déplorables entre les mains d'un certain nombre de chirurgiens.

KYSTE A GRAINS RIZIFORMES. PRÉSENTATION DU MALADE. — M. *Schwartz* présente un malade opéré d'un kyste à grains riziformes de la gaine synoviale de l'index.

M. *Segond* présente une pièce de cure radicale, recueillie sur une femme de 70 ans, morte, deux mois après une opération de cure radicale de hernie crurale.

Le péritoine n'offre pas la plus petite dépression. Il n'y a pas la colonne cicatricielle dont parle M. Championnière. Je crois que cette hernie aurait été exposée à récidiver.

M. *Championnière.* Dans les cas de hernie crurale, la colonne cicatricielle n'existe pas.

P. BAZY.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT), par le Dr *Antoine Florand*, ancien interne des hôpitaux. (Thèse de Doctorat, Paris, 1887, in-8, 170 pages, G. Steinheil, éditeur).

C'est en 1865 que, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, le professeur Charcot établissait d'une façon déjà très nette les principaux points de l'histoire clinique et anatomique de la sclérose latérale amyotrophique et c'est surtout à lui ou à ses élèves que nous devons ce que l'on en sait aujourd'hui. Aussi, comme le dit fort justement le Dr Florand, peut-on à bon droit revendiquer pour la sclérose latérale amyotrophique le nom de *maladie de Charcot.*

Il y a quelques années à peine, la sclérose latérale amyotrophique pouvait donc être méconnue dans ses formes les plus accentuées, mais « à mesure qu'elle occupait plus solidement sa place dans la nosographie, elle a vu son domaine s'agrandir ; les formes atténuées se sont montrées de plus en plus nettes; aujourd'hui l'étude des formes frustres est devenue légitime. »

« Montrer qu'il existe à côté du type Charcot des types incomplets qui ne peuvent que mieux prouver l'indépendance de la sclérose

latérale ; montrer les relations intimes qui unissent la paralysie bulbaire à la sclérose latérale, relations tellement intimes qu'à son avis paralysie bulbaire et sclérose latérale amyotrophique ne font qu'une seule et même maladie, la première rentrant dans le cadre de la seconde pour en constituer une forme incomplète », tel est le but que se propose le Dr Florand, dans sa très remarquable thèse inaugurale.

Après quelques pages consacrées à l'historique de la maladie, il en étudie les lésions anatomiques qu'il fait précéder de la description, du développement et de la physiologie du faisceau pyramidal. La sclérose latérale amyotrophique peut être considérée, en effet, comme une affection primitive et distincte du faisceau pyramidal. Représentant un des types les mieux définis de la myélite systématique parenchymateuse, la maladie de Charcot « est constituée anatomiquement par une sclérose du faisceau pyramidal avec atrophie des cellules de la substance grise des cornes antérieures. Le faisceau pyramidal peut être atteint à la fois dans toutes ses portions, encéphalique, bulbaire et médullaire. La lésion peut, dans certains cas, ne porter, en apparence du moins, que sur sa portion bulbaire, ou sur sa portion bulbo-médullaire. Elle peut par propagation s'étendre quelque peu aux parties voisines du faisceau pyramidal. Sa nature inflammatoire est prouvée par l'existence de corps granuleux au niveau des parties atteintes. »

Telles sont, brièvement résumées, les lésions de la sclérose latérale amyotrophique. Ces lésions, dont l'étiologie est d'ailleurs fort obscure, se traduisent par des symptômes parfaitement définis : paralysie, contracture, atrophie, que le Dr Florand étudie avec soin. Après avoir tracé un tableau général de l'affection, il prend chaque symptôme en particulier et suit la maladie dans sa marche, dans ses différentes formes. La pathogénie et le diagnostic font aussi l'objet de chapitres intéressants.

E. Deschamps.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 14, à 1 heure. — M. Thierry : La saignée dans les affections organiques du cœur et de l'aorte. *Président* : M. Potain. — M. Leflaive : Rhino-bronchite annuelle. *Président* : M. Fournier.

Jeudi 15, à 1 heure. — M. Aubry : La contagion du meurtre (Étude d'anthropologie criminelle). *Président* : M. Brouardel. — M. Rousselin : Des corps mobiles articulaires. *Président* : M. Richet.

— M. Dadiex : De l'action de l'acide sulfureux en inhalations et en injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose. *Président* : M. Jaccoud. — M. Marage : Sympathique des oiseaux. *Président :* M. Mathias-Duval. — M. Hoffmann : Contribution à l'étude de l'othématome. *Président* : M. G. Sée. — M. Ygnatoff : L'antipyrine dans les douleurs cardiaques. *Président* : M. G. Sée. — M. Para : De l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. *Président* : M. Bouchard. — M. Berlioz : Etudes cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. *Président* : M. Cornil. — M. Mourret : Contribution à l'étude de la tuberculose. *Président* : M. Cornil.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Giraudet, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Tours et auteur de travaux historiques estimés, relatifs à la Touraine.

M. Gabriel Masson, étudiant en médecine à la Faculté de Bordeaux décédé à l'âge de 21 ans.

NOUVELLES

Académie de médecine. — *Prix de vaccine.* — Le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine :

Prix de la valeur de 1500 *francs, partagé entre* : MM. Billot, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Dellys (Algérie); Cazalas, médecin-major de 1re classe au 44e régiment d'infanterie, à Lons-le-Saunier (Jura) Jablonski, (Jean), docteur en médecine à Poitiers (Vienne).

Médailles d'or. — MM. Geschwind, médecin-major ; Massina, à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales) ; Pugibet, médecin-major ; Pujos (J.), à Auch (Gers).

Médailles d'argent. — MM. les Drs André, médecin-major; Aubertin, médecin-major ; Baudré (de Neubourg) ; Berlingeri (de Bastia) ; Bézaud (de Vaison) ; Billot (de Corrèze); Bouley (de Beaune) ; Breynard (de Dunkerque) ; Clédon (de Navarrenx) ; Coiffier (du Puy) ; Colard (d'Ornans) Cosmao-Duménez (de Pont-l'Abbé) ; Congit (de Toulon) ; Couture (de Condom) ; Devillez (de Paris) ; Doisneau (de Laval) ; Drouhet (de Melle) Dupont (de Saint-Loup-sur-Sémouze) ; Evesque (de La Motte-Chalançon); Feyge (de La Chambre); Forgues, médecin-major ; Fournac (de Marseille); Friot (de Nancy) ; Garnier (de Montriond) ; Gerbault, médecin-major; Guézennec (de Tréguier) ; Guinoiseau (de Saint-Dizier); Jaubert (de Castiglione) ; Legagneur, médecin-major ; Mackiewiez, médecin-major; Mal-

teste (de Ruffec) ; Michel (de Cavaillon) ; Nodet (du Chambon) ; Pilat (de Lille) ; Pilven (de Landivisiau) ; Rouire, médecin-major ; Sapin (de la Poule) ; Simonin (de Lure) ; Sollaud, médecin de la marine ; Terver (d'Ecully) ; Toizon (de Souppes) ; Tixier (de Liancourt) ; Tuefferd (de Montbéliard) ; Valette (de Cahors) ; Villeneuve (de Lexor) ; de Weling (de Rouen).

M. Belloir, administrateur de la commune de Dellys (Algérie).

MM. Arrepaux (d'Arrens) ; Bergerat (de Neuilly-le-Réal) ; Panco (de Vinça) ; Plonquet (d'Ay) ; Rodon (d'Ozouer-sur-Trézée) ; Roubaud (de Marseille), officiers de santé.

Plus un certain nombre de sages-femmes.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1886 :

Médailles d'or. — MM. les Drs Gerlier, à Ferney-Voltaire ; Teissier, à Lyon.

Médailles d'argent. — MM. les Drs Bassompierre, médecin-major, à Troyes ; Coustan, médecin-major, à Montpellier ; Dechaux, à Montluçon ; Ollé, à Saint-Gaudens ; Reumaux, à Dunkerque ; Rondet, à Albigny ; Schmit, médecin-major, à Rambervillers ; Sollaud, médecin de première classe de la marine, à Cherbourg.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les Drs Blanquinque, à Laon ; Bovier, à Montauban.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Gauron, à Pont-Sainte-Maxence ; Gils, médecin-major à La Rochelle ; Jaurès, à Dourgne ; Jenot, à Dercy ; Mongin, à Vitry-le-François ; Neis, à Pont-Croix ; Piot, à Aiguebelle ; Roy, à Saint-Martin-de-Ré ; Stutel, à Saint-Dié.

Conseil général de la Seine. — Le conseil général de la Seine dans sa séance du lundi dernier, 5 décembre, a voté, sur la proposition de M. Chautemps, l'ordre du jour suivant :

« Le conseil général charge sa commission sanitaire d'assurer, de concert avec les maires des communes intéressées, l'exécution de toutes les mesures de prophylaxie qui sont de nature à enrayer l'épidémie ;

« Signale aux municipalités du département de la Seine l'urgence de la vaccination et de la revaccination de tous les habitants ;

« Leur recommande la création de services municipaux de désinfection, comportant un personnel expérimenté, des voitures spéciales et des étuves à vapeur sous pression.

« Et passe à l'ordre du jour. »

Sur la proposition de M. Lyon-Allemand, l'ordre du jour suivant :

« Considérant les plaintes qu'ont occasionnées les baraquements d'Aubervilliers.

« Le conseil général charge sa commission sanitaire de faire une enquête sur l'état de choses existant, d'entendre à ce sujet la municipalité d'Aubervilliers, et de lui présenter des conclusions. »

Enfin sur la proposition de M. le Dr Levrand, cet article additionnel :

« Le conseil invite les maires des communes intéressées, et la préfecture de police à faire appliquer strictement les mesures d'assainissement nécessaires dans les garnis de Paris et de la banlieue. »

UN DOMINICAIN DOCTEUR EN MÉDECINE. — Il y a quelques jours, dans la salle des Pas-Perdus du Palais de justice de Marseille, un mari sortant de la salle des référés tire cinq coups de revolver sur sa femme et se tire le sixième dans la poitrine. « La première parole de la blessée, dit le *Petit Marseillais*, est pour demander un confesseur. Un dominicain, le P. Dumas, passait juste à ce moment devant l'église Saint-Charles, où on n'avait pas trouvé de prêtre. Il monte, et par la plus heureuse rencontre, ce prêtre, de passage à Marseille, se trouve être en même temps docteur en médecine. Prodiguant à la malheureuse les soins spirituels et corporels, il l'invite à pardonner à son mari, ce qu'elle fait ; ses plus vives préoccupations sont pour ses pauvres enfants.

Le R. P. Dumas est un ancien interne des hôpitaux de Lyon (promotion de 1853), auteur d'une excellente thèse sur *l'Opération césarienne et l'embryotomie comparées*, soutenue à Paris en 1857. (*Lyon méd.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 27 novembre au 3 décembre* 1887. — Fièvre typhoïde. 38 — Variole, 8. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 23. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses et autres, 46.

Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 50. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 55.

Bronchite aiguë et chronique, 71. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 63.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 80.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 33. — Suicides et autres morts violentes, 35. — Autres causes de mort, 193. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine ; 949. — Résultat de la semaine précédente : 970.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER,

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le Dr LABADIE-LAGRAVE médecins des hôpitaux, etc., tome X. Urologie clinique et maladies des reins, par Labadie-Lagrave, un fort volume in-8°, avec 48 fig. intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 18 fr.

Avis. Les tomes 1 à 5 sont en vente, le tome 6 paraîtra fin janvier.

De la rage paralytique, par le Dr YHOUF, in-8°, 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34ᵉ Année. — Tome II. N° 146 Mardi 13 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

—

Traitement des hémorrhoïdes.

Leçon recueillie par M. le Dr A. CASTEX,

Chef de clinique chirurgicale.

On distingue, en pathologie externe, deux variétés d'hémorrhoïdes, les externes et les internes. Les premières se voient dès l'abord, quand on examine l'anus d'un hémorrhoïdaire. Les autres ne se montrent que si le malade fait un effort de défécation.

Dans le langage médical, l'acception que l'on donne au terme hémorrhoïdes internes diffère un peu de sa signification chirurgicale. Il désigne des flux sanguinolents, parfois leucorrhéiques, assez généralement périodiques, sortes d'épistaxis rectales, répondant à des lésions anatomo-pathologiques insuffisamment connues, qu'il importe en tous cas de respecter dans la crainte d'une répercussion viscérale grave. M. Richet a observé un cas d'amaurose survenue brusquement après la suppression accidentelle d'un de ces flux hémorrhoïdaux. On trouve dans les auteurs des faits analogues, tels qu'hémorrhagies nasales, pulmonaires, etc.

Il serait donc préférable, pour faire cesser tout équivoque, que les hémorrhoïdes, d'ordre chirurgical, fussent réparties en sous-sphinctériennes et sus-sphinctériennes, ou encore en bourrelets cutanés et bourrelets muqueux.

Après cet exposé, M. Richet analyse les observations de deux malades du service, atteint de tumeurs hémorrhoïdaires sus-sphinctériennes.

Le premier, couché au lit n° 2 de la salle Saint-Landry, âgé d'une cinquantaine d'années, jouissait antérieurement d'une assez bonne santé. Depuis un an, il éprouve de la difficulté et des douleurs quand il va à la garde-robe. Il perd alors beaucoup de sang, noir d'abord, ensuite rutilant, par le bourrelet muqueux qui fait procidence et

qu'il lui est difficile de réduire. S'il vient à exercer un effort, à soulever un fardeau, l'issue des hémorrhoïdes sus-sphinctériennes se produit aussitôt, fait important puisqu'il établit que le sphincter anal n'est pas en état de contracture.

Si on examine cet homme aussitôt après qu'il vient de rendre un lavement, on voit, sous ses efforts, saillir à l'anus un bourrelet d'un rouge violacé, à surface chagrinée et couverte par places d'exulcérations saignantes. Ces ulcérations n'ont rien de commun avec la fissure anale et d'ailleurs le malade n'en accuse pas la douleur caractéristique. Il se plaint seulement de douleurs modérées, *au moment de la défécation.* De temps en temps cet homme rend par l'anus un liquide visqueux, glaireux. C'est ce que M. Richet désigne sous le nom de « hémorrhoïdes blanches », et ces pertes blanches rectales, comme les vaginales chez la femme, ont une égale influence pour produire l'affaiblissement général et les dyspepsies.

Notre malade a perdu plus de 20 kilogs depuis trois ans. Il accuse des battements de cœur. Il est cachectique. Aussi réclame-t-il une opération radicale.

Dans un autre cas observé par M. Richet, il y a huit ans, le malade présentait deux énormes bourrelets d'apparence cancroïdale. Les flueurs blanches étaient considérables et descendaient suivant l'expression du malade jusque « dans ses bottes ». Un fragment de ses bourrelets, examiné par M. Rémy, présenta une hypertrophie simple des divers éléments et surtout des glandules rectales.

Au lit n° 17 de la salle Saint-Landry, est couché un deuxième malade antérieurement traité par la méthode de Foubert pour un abcès consécutif à des hémorrhoïdes externes. Il est revenu dans le service pour y être débarrassé d'hémorrhoïdes sus-sphinctériennes. Quand elles sortent à la suite d'un lavement, on peut constater qu'elles sont couvertes de petites ulcérations superficielles.

M. Richet a pu voir, sur un de ses malades, ce bourrelet sus-sphinctérien saillant à l'anus fournir plusieurs jets de sang, en arrosoir, de sorte que le vase était parsemé, tigré de taches rouges. Ce type d'hémorrhagie donne une idée de la quantité de sang parfois considérable que perdent les malades.

On dit que les hémorrhoïdes engorgées sont étranglées à leur pédicule par des boutonnières musculaires. Le fait est positif pour les hémorrhoïdes externes, sous-cutanées, mais l'explication ne vaut plus quand il s'agit d'hémorrhoïdes sus-sphinctériennes. Aussi la méthode de la dilatation anale bonne pour les premières, reste sans effet sur les hémorrhoïdes supérieures, à revêtement muqueux. On voit, après un certain temps, revenir les malades qui, uqoique dilatés, souffrent encore de leurs hémorrhoïdes sus-sphinc-

tériennes. La dilatation n'est d'ailleurs aucunement indiquée dans les cas où le bourrelet cutané fait défaut comme ici, car le sphincter est sans contracture. M. Richet le démontre en pratiquant sur les deux malades qui font l'objet de cette leçon le toucher rectal sans éprouver la moindre résistance. C'est alors, dit-il, que la méthode est plutôt *dilatoire* que dilatante.

Nombre de moyens ont été appliqués à la cure des hémorrhoïdes. Les purgatifs, la glace, les astringents, les injections d'ergotine ou de perchlorure de fer, l'incision même sont généralement insuffisants. Pour les guérir, il faut les détruire. Et cependant la dilatation forcée est excellente lorsqu'il s'agit de vaincre la contracture du sphincter et de libérer les hémorrhoïdes cutanées des ligatures musculaires qui les étranglent. M. Richet ne l'adopte que pour les hémorrhoïdes externes.

Parmi les méthodes destructives, on compte :

1° *L'écraseur linéaire de Chassaignac*, mais il produit une perte de substance circulaire, qui conduit ensuite au rétrécissement et le malade peut à bon droit reprocher à son chirurgien d'avoir plutôt aggravé sa situation. C'était le cas d'un officier vu par M. Richet et que Chassaignac avait opéré quelque temps avant par son écraseur. Pour prévenir ce fâcheux résultat, le Pr Richet a proposé de respecter, entre chaque prise de l'écraseur, une portion de muqueuse, qui, ne subissant pas plu tard les effets de la rétraction inodulaire, préviendra le rétrécissement.

2° L'*anse galvano-caustique* sectionne trop rapidement. Les caillots n'ont pas le temps de se former et parfois on a eu à lutter, sans succès, contre les hémorrhagies consécutives.

Fricke (de Hambourg), Philippe Boyer lardaient avec le cautère actuel le bourrelet muqueux, mais ils avaient des rétrécissements consécutifs parce qu'ils ne choisissaient pas le point d'application du fer rouge.

3° *Cautérisation combinée à l'écrasement.* C'est cette méthode qu'a imaginée le Pr Richet, qu'il a constamment employée depuis nombre d'années et qui lui a donnée, ainsi qu'à ses élèves, des succès nombreux.

Pour la mettre en œuvre, il faut chloroformiser le malade, le coucher ensuite sur le flanc en ayant la précaution de l'assujettir avec une alèze disposée en courroie autour de sa ceinture et solidement maintenue par un aide. Avec l'index gauche et une airigne double introduite profondément dans le rectum, on amène hors de l'anus le bourrelet hémorrhoïdaire sus-sphinctérien. On le transperce à sa base, en trois points équidistants, par des aiguilles fixées en pas de vis à de longues et fines tiges de fil de cuivre recuit. On dispose

de la sorte 3 anses métalliques au moyen desquelles les aides font saillir le bourrelet qui se trouve ainsi pédiculisé en trois points différents. Le chirurgien saisit alors la *pince cautère écrasante* imaginée par M. Richet, en forme de fer à friser, portée au rouge blanc, et l'applique successivement sur les 3 soulèvements que déterminent les anses métalliques. En deux ou trois secondes la partie mordue par la pince est réduite en une eschare plate, carbonisée, parfois même anéantie, comme volatilisée, et l'anse du fil de cuivre reste dans la main gauche de l'opérateur. C'est, suivant l'expression pittoresque du Dr Dewalz, ancien interne du Professeur, le procédé de la *volatilisation* des hémorrhoïdes. Il importe de respecter attentivement 3 larges portions de muqueuse entre les 3 prises de la pince cautère écrasante, en prévision du rétrécissement. Il faut aussi disposer autour de l'anus des compresses imbibées d'eau fraîche pour préserver la région contre la chaleur radiante émanée de la pince incandescente.

Cette méthode, ajoute le Pr Richet, met à l'abri des accidents et récidives. Elle était inoffensive, avant même l'inauguration de l'antisepsie, car la volatilisation instantanée réalise cet indispensable condition.

Les deux malades ont été successivement opérés et le manuel opératoire précédemment indiqué a été rigoureusement suivi.

Aucun accident n'est survenu pendant les deux jours qui ont suivi. L'un des deux malades a eu, ainsi qu'il arrive souvent, quelque difficulté à uriner, mais la température est restée normale.

Le pansement est fait avec de l'eau boriquée en injections et en applications au moyen de compresses sur la région anale.

PHYSIOLOGIE

Sur l'absence de microbes dans l'air expiré,

Par MM. I. Straus et W. Dubreuilh (1).

Lister, le premier, a fait l'observation que « L'air introduit dans « la cavité pleurale par suite d'une fracture simple des côtes (sans « plaie extérieure) produit des effets tout différents et infiniment « moins graves que ceux résultant d'un pneumothorax consécutif à « une plaie pénétrante de poitrine »..... « Ce fait, ajoutait-il, fut « pour moi un mystère, jusqu'à ce que, grâce à la théorie des

(1) Note présentée par M. le professeur Bouchard, à l'Académie des sciences

« germes, je compris qu'il est naturel que l'air fût filtré par les bron-
« ches, dont l'un des offices est d'arrêter les particules de poussière
« inhalées et de les empêcher d'entrer dans les vésicules pulmo-
« naires. »

Cette explication de Lister fut confirmée expérimentalement par Tyndall, qui montra que l'air expiré est, selon son expression, *optiquement pur*; c'est-à-dire que, traversé par un faisceau lumineux, il ne manifeste pas de traînée lumineuse dans une chambre noire. Cet air est donc privé de toute particule en suspension capable de diffuser la lumière (1).

Nous nous sommes proposé de vérifier, par les méthodes bactériologiques, le fait physique signalé par Tyndall.

Ces expériences sont entièrement confirmatives de celles de Tyndall. Elles tendent à démontrer que l'air expiré, de même qu'il est *optiquement pur*, est presque complètement privé de microbes. Le poumon joue donc réellement, pour les micro-organismes, le rôle de filtre que Lister lui attribue. Le mécanisme de cette filtration se conçoit aisément, si l'on réfléchit aux conditions dans lesquelles l'air circule dans le poumon, dans des canaux d'une étroitesse extrême et tapissés par un épithélium humide.

Divers expérimentateurs se sont appliqués à retrouver, dans l'air expiré, des microbes pathogènes, mais toujours, à notre connaissance, sans résultat.

M. Grancher a fait un grand nombre d'expériences sur l'air expiré par les phthisiques ; jamais il n'a pu y déceler la présence du bacille de Koch ou de ses spores. MM. Charrin et Karth ont fait des recherches analogues avec les résultats négatifs.

De l'ensemble de ces faits, on peut tirer la conclusion que les hommes ou les animaux réunis dans un espace confiné, loin de souiller l'air par leur respiration, tendent, au contraire, à le purifier, *en ce qui concerne les microbes;* il doit en être ainsi, puisque l'air, à sa sortie des poumons, renferme moins de microbes qu'à l'entrée. Cette donnée n'infirme en rien le fait constaté depuis longtemps par MM. Pasteur, Lemaire, Miquel, etc., à savoir que les microbes sont très abondants dans l'air des locaux encombrés (salles d'hôpital, casernes, etc.). L'acte de la respiration n'est pour rien dans ce phénomène ; ce n'est pas par l'air qu'ils expirent, par leur *haleine* que les hommes agglomérés chargent l'air ambiant de microbes ; c'est par leurs vêtements, par les poussières que leurs mouvements occasionnent, par leur expectoration desséchée sur le plancher et sa-

(1) Voir Tyndall, *Les Microbes*, trad. française de L. Dollo ; p. 30, 48 et 52. Paris, 1882.

levée plus tard sous forme pulvérulente que s'effectue la dissémination des microbes dans l'air. La respiration des hommes apporte, dans un espace clos, son contingent de gaz nuisibles ; mais elle tend à *purifier* l'air des microbes qu'il contient.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 31 *octobre* 1887. — *Présidence de* M. REUSS.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Verchère, posant sa candidature au titre de membre titulaire. M. le Dr *Schwartz* est chargé de faire un rapport sur cette candidature.

M. le Dr *Philbert* demande à la Société si un malade venant dans notre cabinet nous entretenir de sa maladie, et sortant de chez nous sans une ordonnance écrite, doit les honoraires de notre consultation?

La Société déclare immédiatement que les honoraires sont bien véritablement dus au médecin.

M. *Reuss* signale à la Société le cas d'un ouvrier, travaillant dans une fabrique de pâtes alimentaires, et qui est atteint d'érysipèle de la face chaque fois qu'il se blesse dans l'exercice de son travail, quelque soit le siège de la blessure.

Depuis trois ans cet homme s'est blessé six fois, tantôt au bras, tantôt à la jambe, et chaque fois l'érysipèle de la face est apparu, sans que la plaie fut atteinte elle-même.

M. Reuss se demande si les poussières au milieu desquelles travaille cet ouvrier ne sont pas pour quelque chose dans la production de ces accidents.

MM. *Foucart* et *Le Coin* pensent qu'il faut rattacher ce fait aux cas de ces femmes qui ont un érysipèle de la face à chaque époque menstruelle et dont ils ont vu plusieurs exemples dans leur clientèle.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Dr GUILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

UROLOGIE CLINIQUE ET MALADIES DES REINS, par *M. F. Labadie-Lagrave*, médecin des hôpitaux de Paris. (Paris, 1 vol. in-8, Delahaye et Lecrosnier, 1888.)

L'histoire de la pathologie rénale s'est considérablement agrandie

depuis quelques années ; des travaux extrêmement importants ont été publiés non seulement sur les inflammations rénales en général, mais encore sur les troubles de la sécrétion urinaire et la chimie de l'urine ; en outre la pathologie rénale s'est ressentie des notions nouvellement acquises sur la microbiologie. Le Dr Labadie Lagrave a eu le mérite de nous donner un tableau complet et actuel de cette partie spéciale de la pathologie dans l'ouvrage qu'il présente aujourd'hui au public médical.

Les trois premiers chapitres seront, pour ainsi dire, l'introduction à l'étude des maladies des reins ; ils résument les connaissances anatomiques et physiologiques indispensables et qu'on doit toujours avoir présentes à l'esprit pour comprendre le mécanisme des troubles fonctionnels et la marche des lésions du rein, autrement dit la physiologie pathologique et la pathogénie. Le troisième chapitre sur les caractères physiques, chimiques et biologiques des urines sert de point de comparaison pour les modifications pathologiques qui sont étudiées dans le chapitre suivant.

Ces altérations de la sécrétion urinaire, l'auteur les divise naturellement en cinq groupes selon qu'elles portent sur la quantité des urines et la fréquence de la miction, sur les caractères physiques de l'urine, sur les substances normalement contenues dans ce liquide, sur la présence des substances anormales, enfin les urines contiennent parfois des sédiments pathologiques, ce qui fait l'objet du cinquième groupe. Le lecteur remarquera qu'il ne s'agit pas seulement dans ce chapitre d'une simple énumération qui serait stérile au point de vue clinique, des modifications de la sécrétion urinaire, mais il trouvera discutées l'étiologie, la pathogénie, la valeur séméiologique de tous ces troubles, ce qu'il importe vraiment de connaître au point de vue du diagnostic des causes, si utile pour le traitement. C'est ainsi que la polyurie, la pollakiurie, l'anurie, l'oligurie, l'azoturie, la phosphaturie, l'albuminurie, la peptonurie, l'hématurie, l'hémoglobinurie, la glycosurie, l'acétonurie, etc., sont étudiées à un point de vue pratique.

Le cinquième chapitre traite de l'urologie clinique ; c'est la description des procédés d'examen de l'urine qui y sont examinés avec leur valeur ; des pages intéressantes sont consacrées à l'élimination des substances médicamenteuses et toxiques introduites dans l'organisme. Des tableaux synoptiques d'*urologie clinique* terminent et résument heureusement cette étude. Cette première partie de l'ouvrage est close par une série de chapitres sur les caractères de l'urine dans les maladies, étude toute actuelle, on peut le dire, dont l'intérêt grandit chaque jour et qui n'avait été traitée qu'assez superficiellement jusqu'à présent, au moins pour certains groupes

morbides, faute de connaissances suffisantes. Il n'est plus permis aujourd'hui de négliger les secours qu'apporte au diagnostic et au pronostic la connaissance des modifications de l'urine dans la fièvre, l'état puerpéral, les maladies des divers appareils et systèmes, les maladies constitutionnelles, les maladies infectieuses, enfin dans les maladies des voies urinaires. Tous les points nouveaux dont la recherche est longue sont, pour ainsi dire, centralisés dans ces pages.

L'importance des matières traitées dans cette première partie justifie l'étendue que l'auteur lui a donnée. C'est, en résumé, une étude complète de la séméiologie et des éléments morbides jugés selon leur valeur pathogénique et diagnostique, qui peuvent s'observer dans le cours des maladies des reins. Ainsi préparé, le lecteur peut aborder non pas simplement l'étude de ces maladies, mais celle du malade lui-même, car il est outillé pour observer sans manquer aux règles des études cliniques et pour poser, le moment venu, un diagnostic en connaissance de causes.

Avec la deuxième partie, nous entrons dans la pathologie spéciale dont l'étude débute par l'exposé des troubles circulatoires des reins, les diverses formes de congestion et d'ischémie rénales. L'étude des néphrites vient ensuite, elle occupe dans l'ouvrage la proportion qui lui revient en raison de son importance ; le groupe des néphrites constitue bien, en effet, médicalement parlant, la maladie rénale par excellence ; c'est sur lui que, depuis Bright et Reyer, semble avoir porté tout l'effort des observateurs qui ont étudié cette partie de la pathologie rénale. Il en est résulté qu'on a décrit un nombre considérable de formes de néphrites, suivant les lésions, les troubles morbides et les causes. Aussi M. Labadie-Lagrave a-t-il eu la bonne inspiration de faire précéder la description des néphrites d'un chapitre de pathologie générale où il passe en revue les éléments morbides propres aux néphrites, les douleurs, les hémorrhagies, les hydropisies, les diverses formes de l'urémie sans oublier leur traitement prophylactique et curatif, les causes de mort dans les néphrites, la thérapeutique générale et les médications, enfin l'étiologie générale des néphrites, qui nous conduit à une classification de ces affections.

Jusqu'en ces derniers temps on s'était appuyé surtout sur l'anatomie pathologique pour classer les néphrites ; mais en l'état actuel de la science on ne peut plus diviser les néphrites en conjonctives et en épithéliales, car on sait aujourd'hui que la plupart des néphrites ne sont ni exclusivement conjonctives, ni exclusivement épithéliales, mais portent à la fois sur tous les éléments des reins. La division en formes aiguës ou chroniques place côte à côte des maladies fort

disparates. Gaucher a proposé une classification basée sur la pathogénie, en suivant les divisions adoptées par Bouchard, et divise les néphrites en quatre groupes suivant que la cellule est directement atteinte, qu'il existe un élément infectieux, des troubles préalables de la nutrition ou une action nerveuse. Mais une telle division est encore discutable et M. Labadie-Lagrave préfère s'en tenir à la classification étiologique, tout en tenant compte de la forme clinique, aiguë ou chronique; un troisième groupe comprend les néphrites ascendantes qui ont une évolution spéciale. Chacun de ces groupes comprend des variétés rangées suivant leurs causes, c'est ainsi que le premier groupe étiologique comprend les influences zymotiques et toxiques; le second, les causes agissant sur le tégument externe par voie réflexe, mais cette dernière division est surtout applicable aux néphrites aiguës, bien qu'on puisse en appliquer les éléments aux chroniques. Entrant dans le détail, l'auteur passe en revue les particularités anatomiques et symptomatiques et la pathogénie des néphrites dans les maladies infectieuses, telles que les fièvres éruptives, les fièvres graves, la pneumonie, le rhumatisme, la diphthérie, puis celles des néphrites dans les intoxications, enfin des néphrites observées dans les dermatoses et les brûlures. Des paragraphes spéciaux sont consacrés à l'étude des néphrites, du choléra, de la grossesse, du tétanos, du scorbut, et de celles qu'on observe dans les traumatismes non compliqués d'accidents septiques.

Les chapitres suivants sont consacrés au mal de Bright et à ses formes, les néphrites parenchymateuse et interstitielle chroniques; on lira avec intérêt les pages relatives aux théories du mal de Bright, à la pathogénie des différents symptômes, notamment de l'hypertrophie cardiaque et de l'urémie; l'étude des néphrites chroniques se termine par celle des reins saturnin, goutteux et sénile.

Les néphrites ascendantes comprennent celles qui sont consécutives aux maladies des voies urinaires, et à la pénétration à travers les voies d'excrétion des micro-organismes venus du dehors; enfin ces micro-organismes peuvent atteindre secondairement le rein en arrivant à lui par les vaisseaux et déterminer les néphrites infectieuses chirurgicales.

L'auteur développe ensuite les autres points de la pathologie rénale, les dégénérescences, la syphilis, la tuberculose, les tumeurs, les kystes, les parasites, les anomalies du rein, la périnéphrite.

On voit par cet exposé sommaire combien est vaste le champ qu'a eu à parcourir notre savant confrère et l'on ne s'étonnera plus de l'aspect volumineux de l'ouvrage qui compte plus de onze cents pages; l'exposition faite dans un style clair et concis, la forme clinique sous laquelle sont développées ces matières depuis longtemps familières

à l'auteur par suite de ses travaux antérieurs sur la pathologie rénale, font de ce traité un livre qu'on aimera à lire. On le consultera souvent pour y chercher la solution de questions de thérapeutique qui y sont longuement traitées ou pour y trouver des enseignements toujours pratiques, nous ajouterons qu'il sera facile de le faire, car ce n'était pas une des moindres difficultés de la tâche que s'est imposée M. Labadie-Lagrave et dont il s'est acquitté avec un plein succès, que de distribuer l'exposition des matières avec un ordre dont l'avantage s'impose à la lecture. L. JUMON.

NÉCROLOGIE

M. Denis GRELET, interne en pharmacie à l'hôpital des Enfants, mort à l'âge de 25 ans.

M. Antonin BROSSET, externe des hôpitaux de Lyon et marié depuis quatre mois seulement, est mort le 5 décembre, en quelques jours, d'une angine diphthéritique paraissant avoir été contractée au laboratoire d'anatomie.

Le Dr CLÉMENT, de St-Nicolas-du-Pont.

Le Dr VÉRON, de Ménehould.

Le Dr DAMINON, de Châlons-sur-Marne.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Aux termes de l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, et conformément à la décision prise par le Conseil des Facultés, les cours vaqueront à l'occasion des fêtes du Jour de l'an, du jeudi matin 29 décembre 1887, au mercredi soir 4 janvier 1888 et reprendront le jeudi 5 janvier.

Thèses récompensées. — Le Conseil de la Faculté s'est réuni jeudi, 8, sous la présidence de M. Brouardel. Il a entendu le rapport de M. le professeur Sée, président de la Commission des thèses, sur les récompenses à décerner pour l'année 1887. Ces récompenses comprennent 9 médailles d'argent, 22 médailles de bronze, 33 mentions.

Voici les noms des lauréats :

1° *Médailles d'argent* : MM. Berbez — Berthod — Boiffin — Caravias — Hallé — Malingre — Marfan — Pignol — Roger.

2° *Médailles de bronze* : MM. Bachelier — Braine — Clado — Delattre — Drouet — Florand — Gand — Gauvy — Gilly — Hartmann — Jocqs — Langlois — Loye — Lubet-Barbon — Mérigot de Treigny — Müller — Sanchez-Toledo — Schnell — Toupet — Vétault — Villar — Vrain.

3° *Mentions honorables* : MM. Achard — Barnard — Bataille — Berton

— Blaise — Bonnet — Bouttier — Mlle Bradley — Callamand — Condoléon — Crivelli — d'Oelsnitz — Dubief — Farina — Gonzalès — Guibaud — Lallemand — Lancry — Laurent — Le Roy — Lœwenthal — Magnin — Métaxas — Nicoletis — Panel — Paterne — Petit — Prioleau — Vallin — Vanhaecke — Véraguth — Weber — Zinovieff.

Chaire de pathologie comparée et expérimentale. — L'ordre du jour du Conseil de la Faculté appelait, après le rapport de la commission des thèses, la question du maintien ou de la transformation de la chaire de pathologie comparée et expérimentale laissée vacante par la mort de M. Vulpian. Cette question de maintien ou de transformation se présente, du reste, réglementairement, chaque fois qu'une chaire devient vacante, devant le Conseil de la Faculté, dont l'avis est ensuite soumis au Conseil général des Facultés.

Le Conseil de la Faculté a décidé, à l'unanimité, le maintien de la chaire qu'occupait M. Vulpian, et sous le même titre. Quand le Conseil général des Facultés aura donné son avis, la vacance sera déclarée et la présentation des candidats aura lieu dans les délais réglementaires. Il est donc très probable que le nouveau titulaire sera désigné dans le courant de février seulement. On sait, du reste, que le concours de pathologie expérimentale et comparée n'a lieu qu'en été.

Surveillance de nuit. — Le doyen de la Faculté, à la suite de l'incendie qui a détruit en partie le laboratoire de M. le professeur Charles Richet, à l'ancienne Ecole pratique, a obtenu pour la Faculté et ses différents laboratoires, un gardien de nuit.

Chauffage et éclairage de la Faculté. — Le Conseil de la Faculté s'est occupé ensuite de la question du chauffage et de l'éclairage des nouveaux laboratoires dont l'étendue considérable entraînera des dépenses beaucoup plus grandes que jadis. La solution à adopter est subordonnée au rapport que doit présenter sur ce sujet M. le professeur Gariel.

Amphithéâtre Cruveilhier. — Enfin, à l'unanimité, le Conseil a décidé de donner le nom de Cruveilhier au nouvel amphithéâtre pour les cours libres, qui touche le musée Dupuytren.

Hôpitaux de Paris. — Les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des hôpitaux de Paris :

M. Oulmont passe du bureau central à l'hospice Larochefoucault ; M. Tennesson passe de l'hospice Larochefoucault à Saint-Antoine ; M. Straus passe de Tenon à Saint-Antoine ; M. Letulle passe de Sainte-Périne à Tenon ; et M. Chauffard remplace M. Letulle à Sainte-Périne.

Laïcisation de l'Hôpital de la Charité. — Dans sa séance du 8 décembre, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital de la Charité. En conséquence de ce vote, les religieuses de cet hôpital seront remplacées par des laïques

au plus tard à la fin de janvier 1888. Il ne restera donc plus à laïciser que St-Louis et l'Hôtel-Dieu.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le concours pour la nomination à 35 places de médecins du Bureau de bienfaisance est terminé, mais le classement des candidats n'est pas encore définitif. Nous donnerons probablement la liste d'admission dans notre prochain numéro.

LA RAGE DU LOUP EN RUSSIE. — Le Dr Tirioutine fait une communication intéressante au sujet de l'infection rabique après morsures de loup enragés.

Vers le milieu de février 1886, un loup enragé traversait le village d'Ougol, le soir, et mordait une quantité de bestiaux et de chiens. Il entra par la fenêtre d'une izba dont il mordit le propriétaire. Ce dernier mourut au bout de trois mois de la rage, et dans un de ses accès, mordit sa femme, son frère et son neveu. Tous sont restés vivants et bien portants.

A trois verstes de là, au village de Barcha, le même loup, quelques minutes après avoir quitté Ougol, mordit trois personnes et quelques chiens, dont l'un mourut de rage au bout de deux semaines, après avoir mordu un garçon et une jeune fille; ces cinq personnes sont encore bien portantes. Continuant sa course, le loup mordit à deux verstes plus loin, au village d'Énache, un jeune homme, qui mourut quarante-trois jours après, à Tzvirchi, autre village, situé à trois verstes du précédent, ce même loup mordit encore une jeune femme (graves blessures à la tête et forte hémorrhagie); cette femme fut longtemps malade mais se porte très bien aujourd'hui. Enfin, au village d'Iprali, à quatre verstes de Tzvirchi, ce même loup, et le même soir, mordit encore cinq personnes dont une seule est morte de rage, les autres restées bien portantes.

Il y eut donc ainsi onze personnes mordues par ce loup, trois par un homme en accès de rage, qui sont restées bien portantes, tandis que trois des premières moururent enragées. Aucun des mordus ne fut soumis à un traitement quelconque. Le Dr Tirioutine rappelle à ce propos, un cas analogue survenu en 1881 dans le gouvernement de Koutaïs, où un loup enragé mordit seize personnes dont trois moururent seulement, et dont les treize autres sont restées saines et sauves, sans avoir jamais subi aucun traitement.

Ces deux cas donnent en tout vingt-sept personnes mordues par des loups enragés et six morts, ce qui fait une proportion de 22,2 0/0.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34ᵉ Année. — Tome II. N° 147 Jeudi 15 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — **Travaux originaux** : Sur un cas de faux cancer de l'estomac, par M. Muselier. — **Comptes rendus analytiques des Sociétés savantes** : *Académie de médecine*, séance publique annuelle tenue le 13 décembre 1887. — **Bibliographie.** — **Faculté de médecine de Paris** : Tableau des actes du 19 au 24 décembre 1887. — **Nécrologie.** — **Nouvelles.**

Paris, le 14 décembre 1887.

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine a eu lieu hier, au milieu d'un nombre considérable de dames. Généralement jusqu'ici, de dix à vingt dames assistaient à cette séance, nous en avons rarement vu une trentaine ; hier, bien près d'une centaine occupaient les fauteuils des académiciens, agréablement étonnés de cette aimable invasion.

Cette affluence inaccoutumée était d'ailleurs amplement justifiée par les discours des deux secrétaires de l'Académie. M. Proust, secrétaire annuel, a rendu très attrayante la lecture, facilement aride, du rapport sur les prix décernés. Il a su mêler à propos, en diverses parties de son discours, ses souvenirs personnels d'un voyage en Orient, très goûtés de l'auditoire.

Il est dans l'attribution du secrétaire annuel de rendre un dernier hommage aux savants que l'Académie a perdus dans l'année. M. Proust a fait avec un tact parfait l'éloge de Béclard, l'éminent physiologiste et l'éloquent secrétaire perpétuel, de Vulpian, qui honorait si dignement la profession médicale tout entière, de Gosselin, chez qui le grand bon sens et la grande habileté chirurgicale s'alliaient avec l'esprit le plus fin et le plus délicat, de Gallard, le savant gynécologiste, de Giraud-Teulon, le très modeste et très savant ophthalmologiste, qui fut aussi et avant tout le type du patriote et de l'honnête homme, de Méhu, le consciencieux chimiste, mort tout récemment, enfin de Bernutz, dont les académiciens ont appris hier la mort, survenue à Sedan.

M. Proust a souhaité la bienvenue aux nouveaux académiciens élus depuis l'année dernière ; il a félicité MM. les professeurs Verneuil et Bouchard qui sont allés si dignement représenter la chirurgie et la médecine à l'Institut, puis il a terminé par un vœu très bien accueilli hier, mais dont la réalisation nous semble bien éloignée, celui de l'adjonction de l'Académie de médecine à l'Institut.

« Une grande époque, dit-il en terminant, qui a marqué son empreinte sur la civilisation moderne, a créé cet Institut, nous y reconnaissons l'un des monuments de la Révolution française. Au moment d'en célébrer l'anniversaire, ne serait-il pas juste et glorieux de compléter cette œuvre et de donner à l'Académie de médecine la place qui lui revient à titre légitime dans le Sénat des corporations savantes de la République française ? »

Ce vœu a été accueilli par de nombreux applaudissements.

M. Jules Bergeron devait inaugurer hier en public ses fonctions de secrétaire perpétuel et prononcer son premier éloge en cette qualité. Toujours très réservé et très modeste, il a semblé vouloir demander pardon à son auditoire de remplir la place si bien occupée par son prédécesseur Jules Béclard; il a lu son discours d'une voix faible et rapide qui ne permettait pas toujours à ses paroles d'arriver jusqu'aux derniers bancs de l'Académie. Il semblait avoir hâte de terminer une lecture qui cependant aurait pu être beaucoup plus longue sans fatiguer aucun de ses auditeurs. M. Bergeron doit être maintenant rassuré et satisfait. Jamais les discours pourtant si goûtés de M. Béclard n'ont provoqué un concert d'éloges aussi unanimes et des applaudissements aussi nourris. L'esprit si fin et parfois si mordant, même dans ce discours, de M. Bergeron, son éloquence si persuasive avaient de copieux aliments dans le modèle qu'il avait choisi, Bouillaud, mais ce n'est pas au modèle c'*est surtout* à l'orateur que sont allés les nombreux et sympathiques applaudissements qui ont salué de fréquents passages de ce discours et surtout la double salve d'applaudissements qui en a marqué la terminaison.

—Le nouveau président de la République a adressé hier aux Chambres un message dont nous n'avons point à parler dans ce journal, détaché de toutes les choses de la politique. Nous ferons seulement remarquer que, pour la première fois dans un document de ce genre, figure le mot d'*Hygiène*. Devons-nous donc espérer voir le gouvernement lui-même s'intéresser aux questions d'hygiène qui, depuis quelques années surtout, tiennent une si large place dans les préoccupations de la plupart de nos Sociétés savantes et devons-nous enfin nous féliciter de voir à la tête du gouvernement un ingénieur, c'est-à-dire un homme pratique, persuadé que rien ne s'invente et que l'on ne sait bien que ce que l'on a bien appris. Des esprits trop enclins à l'espérance trouveraient une confirmation de cette idée dans le fait, inconnu jusqu'aujourd'hui, que le nouveau ministère contient deux médecins, le Dr Loubet, sénateur de la Drôme, ministre des travaux publics, et le Dr de Mahy, député de la Réunion, ministre de la marine et des colonies. Malheureusement nous avons

eu déjà de fréqueqnentes occasions d'apprendre que les intérêts confraternels avaient peu de place dans les préoccupations des médecins hommes politiques qui avaient plus ou moins temporairement abandonné la pratique de leur profession.

A. Chevallereau.

Sur un cas de faux cancer de l'estomac,

Par M. Muselier,
Médecin des hôpitaux.

La question des faux cancers de l'estomac est à l'ordre du jour, c'est pourquoi j'ai jugé opportun de faire connaître à la Société une observation qui s'y rapporte et dont les différentes particularités me paraissent présenter cliniquement un certain intérêt. Il s'agit d'une dame actuellement âgée d'une soixantaine d'années, célibataire. Il y a six ans environ, je fus appelé chez cette dame qui se plaignait de troubles gastriques ayant débuté quelques mois auparavant et qui avaient été en s'aggravant. Ces troubles étaient caractérisés par une douleur assez vive au niveau de la région stomacale, douleur augmentée par l'ingestion des aliments et offrant par conséquent une exacerbation manifeste à la suite des repas. La malade éprouvait également de l'anorexie et même un certain dégoût pour la nourriture, principalement pour la viande. On nota en même temps un certain degré d'amaigrissement. Ces différents symptômes étaient déjà assez prononcés au moment de ma première visite, je fus donc amené à soupçonner l'existence d'un cancer de l'estomac, sans pouvoir affirmer ce diagnostic, il est vrai, par suite de l'absence de deux phénomènes qui autorisent habituellement cette affirmation, savoir le vomissement, et particulièrement le vomissement noir, et, d'autre part, le fait reconnu de l'existence d'une tumeur épigastrique.

Ce dernier phénomène, dont la valeur séméiologique est bien supérieure à celle des vomissements qui sont loin d'être constants, comme on le sait, ne devait cependant pas tarder à apparaître ainsi que le démontra l'examen ultérieur. Après quelques semaines, et malgré une amélioration apparente produite par le régime lacté, auquel la malade voulut bien s'astreindre régulièrement, nous reconnûmes, en effet, au niveau de la région épigastrique l'existence d'une induration d'abord profondément située, mais assez nettement limitée, arrondie, assez douloureuse à la pression. Cette constatation, rapprochée des autres symptômes précédemment notés, nous imposait, pour ainsi dire, le diagnostic de cancer. L'absence des signes propres à la coarctation des orifices, tels que vomissements et dilatation stomacale, nous autorisait en outre à localiser le néo-

plasme sur un point distant du pylore et du cardia et à le considérer vraisemblablement comme développé aux dépens de la face antérieure ou de la grande courbure. Cette opinion fut partagée par le professeur B... qui, appelé en consultation à cette époque, pût constater avec nous ces différentes particularités et crût devoir porter un pronostic conforme.

La suite démontra pourtant que cette opinion était erronée, car, au bout de quelques semaines pendant lesquelles, il est vrai, la malade avait suivi assez ponctuellement l'emploi du régime lacté, la plupart de ces manifestations morbides avaient disparu. Le premier fait que nous pûmes constater fut la diminution chaque jour plus marquée, puis finalement la disparition complète de la région épigastrique, dont il ne restait plus de traces après ce laps de temps. En même temps, les troubles gastriques s'amendèrent et graduellement la malade put reprendre le régime alimentaire habituel qu'elle a suivi depuis lors, pendant plusieurs années sans en éprouver d'inconvénient sérieux. L'état général se releva aussi, parallèlement à cette amélioration locale.

Les choses durèrent ainsi pendant une période de six années environ. Il y a un an, Mlle X... nous a consulté de nouveau, accusant les mêmes symptômes que la première fois, douleurs épigastriques vives, anorexie, quelques vomissements. Derechef nous avons constaté chez elle la présence d'une tumeur épigastrique, en tout semblable par la localisation, la forme, le volume, à celle dont nous avions reconnu l'existence lors de la première atteinte du mal.

Cette fois encore, sous l'influence des mêmes moyens, c'est-à-dire grâce à l'emploi du régime lacté, secondé de quelques alcalins et de préparations calmantes (eau chloroformée, cocaïne, etc.), nous avons vu le même amélioration survenir et nous avons pu constater comme la première fois, et suivre pour ainsi dire jour par jour, la disparition progressive de la tumeur épigastrique dont l'existence, pour un médecin non prévenu, eût motivé et presque imposé le diagnostic d'affection cancéreuse.

Un pareil diagnostic étant reconnu définitivement inadmissible, en raison de cette marche spéciale de la maladie, constatée deux fois de suite, quelle explication peut-on donner de ce fait et des particularités remarquables qu'il a présentés. Il n'y en a qu'une seule, à notre avis, c'est celle qui attribue tous ces accidents à l'existence d'un ulcère simple de l'estomac, ayant déterminé par son siége superficiel, par sa proximité de la grande séreuse abdominale, une inflammation partielle de cette séreuse, une véritable péritonite circonscrite, assez localisée pour simuler un néoplasme dont elle offrait les caractères cliniques. Erreur d'autant plus inévitable, qu'il existait

simultanément un ensemble symptomatique bien propre à conduire à l'idée de cancer. Une première fois l'altération s'est modifiée favorablement, puis sans doute cicatrisée sous l'influence de l'amélioration produite par le régime lacté. Parallèlement la péritonite a subi un travail de régression qui s'est continué jusqu'à disparition complète de la tumeur formée par elle. La réapparition des mêmes phénomènes plusieurs années après montre que l'ulcère s'est reproduit : de nouveau le péritoine a éprouvé les mêmes effets du voisinage de la lésion, puis a subi la même évolution régressive et c'est ainsi que l'on peut expliquer cette récidive à longue échéance, dont les manifestations semblent avoir été calquées sur celles de la première atteinte.

Telle est l'interprétation que nous croyons devoir proposer pour un fait clinique assurément peu commun : ajoutons qu'elle a été pleinement acceptée par le médecin consultant, professeur B.., auquel nous avons eu plus tard occasion de la rappeler. Elle nous paraît tout à fait plausible, car avec elle tout s'enchaîne et rien ne reste inexpliqué. Mais nous voulons surtout insister sur l'enseignement qui ressort de notre observation, au point de vue de la difficulté et des causes d'erreur que soulève le diagnostic de certaines affections de l'estomac. Ces causes d'erreur ici étaient particulièrement nombreuses, car s'il est vrai que les troubles fonctionnels liés à l'ulcère simple peuvent simuler ceux du cancer, il est vrai aussi que, la plupart du temps, la ressemblance s'arrête là et que le médecin trouve d'ordinaire, pour trancher la question, des arguments suffisants dans la cachexie spéciale, dans l'amaigrissement et surtout dans la constatation d'une tumeur épigastrique. Joignons encore à ces considérations, pour le cas particulier, celles tirées de l'âge de la malade qui se trouvait à cette période de l'existence où l'on rencontre le plus habituellement les affections cancéreuses et l'on comprendra qu'il était difficile d'éviter une erreur que toutes les raisons cliniques semblaient justifier. Voilà donc un fait qui, par les circonstances dont il est entouré, nous paraît devoir prendre place dans l'histoire des faux cancers de l'estomac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle tenue le 13 *décembre* 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

PRIX DE 1887.

Prix de l'Académie. — 1.000 francs. — Question : « De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires ». — Le prix

est décerné à M. Laurent Secheyron, interne à l'hôpital Saint-Louis, Paris.

Prix d'Argenteuil. — 10.000 francs. — Le prix n'est pas décerné. Des encouragements sont accordés : 1° 1.500 francs à M. Robert Jamin, de Paris, pour son « Etude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique. — 2° 1.500 francs à M. le Dr Hartmann, de Paris, pour son travail intitulé : « Des cystites douloureuses et de leur traitement. — 3° 1.000 francs à M. le Dr Tuffier, de Paris, pour son travail : « Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires. — 4° 1.000 francs à M. le Dr Noel Hallé, de Paris, pour son mémoire ayant pour titre : « Urétérites et Pyélites.

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Le prix est décerné à M. Galtier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, pour son travail intitulé : « La rage envisagée chez l'homme et chez les animaux ».

Prix Henri Buignet. — 1.500 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Gréhant, de Paris, pour ses « Recherches de physiologie et d'hygiène sur l'acide carbonique. »

Prix Capuron. — 1.000 francs. — Question : De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Etudier les altérations et les états pathologiques qui peuvent en résulter. — L'Académie ne décerne pas le prix. — Un encouragement de 300 francs est accordé au mémoire inscrit sous le n° 2, portant cette devise : La science réelle ne vit pas de suppositions, mais de faits bien observés (Joulin). — L'auteur de ce travail est M. le Dr Auvard, de Paris.

Prix Civrieux. — 1.000 francs. — Question : Des névralgies vésicales. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Maxime Chaleix, de Bordeaux. — 2° M. le Dr Henri Hartmann, de Paris.

Des mentions honorables sont accordées à M. le Dr Etienne, de Toulouse et à M. le Dr Bernard, médecin de la marine en retraite.

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question « De l'actinomycose ». Le prix est décerné à M. Léon Mandereau, vétérinaire inspecteur sanitaire, à Besançon.

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Le prix n'est pas décerné. Quatre encouragements ont été accordés :

1° 400 francs à M. le Dr Duguet, de Paris, pour son travail intitulé : *Goître et médication iodée interstitielle* ; — 2° 300 francs à M. Senut, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux, pour ses recherches sur la glycosurie et diabète sucré, leur traitement par les eaux de Vichy ; — 3° 300 francs à M. le Dr Henri Dandieu, de Paris, pour son étude expérimentale et clinique de la pyridine et de la collidine

comme médicaments respiratoires; — 4° 300 francs à M. Caravias, de Paris.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'Etranger des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert à l'Académie de médecine. Trois stagiaires sont actuellement en exercice :

M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, chargé d'étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues. L'Académie lui décerne, en outre, 3,000 fr., avec mission d'aller étudier, en 1887, les eaux minérales de l'Aragon (Espagne).

M. Dumont, élève de la Faculté de médecine de Paris, a été désigné pour observer, au point de vue bactériologique, les eaux minérales de Franzensbad, Karlsbad, Marienbad et Téplitz (Autriche-Hongrie). Une somme de 3,000 francs a été versée à M. Dumont.

L'Académie a alloué une somme de 1,500 francs à M. Lamarque, élève de la Faculté de médecine de Paris, et l'a chargé d'étudier les maladies traitées par les eaux minérales de Cauterets, pendant la saison thermale de 1887.

PRIX ERNEST GODARD. — 1,000 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 500 francs à M. le Dr Jules Bœckel, de Strasbourg, pour son *Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical ;* — 2° un encouragement de 300 francs à M. le Dr Maubrac, médecin aide-major à Bizerte (Tunisie), pour son mémoire intitulé : *Plaies et ligature de la veine fémorale ;* — 3° un encouragement de 200 francs à M. le Dr Duchastelet, de Paris, auteur du travail ayant pour titre : *Capacité et tension de la vessie.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1,000 francs. — Question : « Étude clinique de l'athrepsie. » L'Académie décerne le prix à M. Adolphe Lesage, interne à l'hôpital Saint-Antoine (Paris).

Deux mentions honorables sont accordées à M. le Dr Gaëtan Dupré, à Longueval (Aisne) et à M. le Dr Jacquemart, de Paris.

PRIX LAVAL. — 1,000 francs, — Ce prix doit être décerné chaque année à l'élève en médecine qui s'est montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. Le prix est décerné à M. Le Noir, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX LEFÈVRE. — 2,000 francs. — Question : « De la mélancolie ». Le prix est décerné à M. le Dr A. Paris, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr Elie Nicouleau, de Bordeaux.

Prix Auguste Monbinne. — 1500 francs. — L'Académie a reçu trois ouvrages pour ce concours. Le prix est décerné à M. Aubry (Paul), de Paris, auteur du mémoire n° 1, ayant pour titre : « Rapport à M. le Ministre de l'Instruction publique, sur les hôpitaux en Orient, l'aliénation mentale et la lèpre ». Deux mentions honorables sont accordées ; 1° A M. le Dr Motais (d'Angers), pour son ouvrage intitulé : « Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés »; 2° A l'ouvrage ayant pour titre : « Rôle physiologique du muscle aryténoïdien. Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine ». par le Dr Moura, de Paris.

Prix Oulmont. — 1000 francs. — Le concours des prix de l'Internat n'étant pas encore terminé, ce prix sera décerné à l'interne des hôpitaux qui aura obtenu la médaille d'or en 1887.

Prix Portal. — 600 francs. — Question : « de la tuberculose rénale primitive ». Le prix est accordé à M. le Dr Cayla (Albert), de Neuilly (Seine),

Prix Saint-Lager. — 1500 francs. — Il n'y a pas eu de concurrent.

La même question sera mise au concours pour 1888.

Prix Vernois. — 800 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Mireur (Hippolyte), de Marseille, auteur du travail ayant pour titre : « la syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi ».

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie a accordé, pour le service des épidémies en 1886 :

1° *Médailles d'or à* : M. le Dr Gerlier, de Ferney-Voltaire (Ain). Bon mémoire sur une épidémie de vertige paralysant, nouvelle névrose de la motilité. — M. le Dr Tessier, de Lyon (Rhône). Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon, pendant la période quinquennale, 1881-86.

2° *Médailles dargent à* : M. le Dr Bassompierre, médecin-major de 2e classe au 19e bataillon de chasseurs à pied. — M. le Dr Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e régiment d'infanterie. — M. le Dr Dechaux, de Montluçon (Allier). — M. le Dr Ollé, à Saint-Gaudens (Haute-Garonne). — M. le Dr Reumaux, de Dunkerque (Nord). Epidémie de fièvre typhoïde dans l'arrondissemens de Dunkerque.— M. le Dr Rondet, à Albigny (Rhône). Mémoire intitulé : « Relation de deux épidémies de fluxion de poitrine, » observées au dépôt de mendicité d'Albigny. — M. le Dr Schmit, médecin-major de 2e cl. au

bataillon de chasseurs à pied. — M. le Dr Solland, médecin-major au 1er régiment d'infanterie de marine,

3° *Des rappels de médaille d'argent à :* M. le Dr Blanquinque, de Laon ; M. le Dr Bories, de Montauban.

4° *Médailles de bronze à :* MM. les Drs Gauron, à Pont-Sainte-Maxence (Oise) ; Gils (Ferdinand), médecin-major de 1re classe au 123e de ligne ; Jaurès, de Dourgne (Tarn) ; Jenot, de Dercy (Aisne) ; Mougin, de Vitry-le-François ; Neis, à Pont-Croix (Finistère) ; Piot, d'Aiguebelle (Savoie) ; Roy, de Saint-Martin-de-Ré ; Statel, de Saint-Dié.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Médaille d'or à : M. E. Ory, inspecteur du service des enfants assistés et des établissements de bienfaisance du Rhône.

Un rappel de médaille de vermeil à : M. Lavergne, pour son rapport sur le service des enfants assistés et le service de la protection du premier âge, en 1885, dans l'Allier.

Deux médailles d'argent à: MM. les Drs Ledé et Blache, de Paris.

Deux rappels de médaille d'argent à : M. le Dr Séjournet, médecin à Revin (Ardennes), et à M. Météris.

Cinq médailles de bronze à : MM. les Drs Mireur, de Marseille ; Quesnoy, de Paris ; Veillard, à Meung-sur-Loire (Loiret), et à MM. Durand-Desmons et Pierre Fleury, inspecteurs.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE, par le Dr *Ed. Rindfleisch*, traduit et annoté par *F. Gross* et *J. Schmitt* (de Nancy). (2e édition fr. J.-B. Baillière et fils. Paris, 1887.)

L'Allemagne nous a suivi de près dans l'étude de l'histologie et les auteurs qu'elle a produits ont donné une suite de travaux dont l'utilité et l'importance ne sont plus à discuter. Plusieurs d'entre eux ont pris rang parmi les classiques et après Laennec, Cruveilhier, Velpeau, Lebert, Robin, il faut citer Virchow, Kölliker, Redcklinghausen, dont les ouvrages traduits et édités en France sont devenus des livres que tout travailleur possède. Rindfleisch, professeur à l'Université de Wurtzbourg, peut se ranger parmi ces auteurs dont le talent et le savoir ont vaincu notre répulsion naturelle pour tout ce qui vient d'outre-Rhin et ont amené deux professeurs de Nancy, MM. Gross et Schmitt, à donner une nouvelle édition de ces œuvres.

Le livre de M. Rindfleisch n'a rien perdu de son originalité, il s'est tenu au courant des recherches modernes, et il peut encore retrouver son succès d'il y a quatorze ans. La véritable révolution qui s'est opérée dans la pathologie générale a fait apporter par l'auteur de nombreuses et importantes modifications.

Nous signalerons deux appendices que le professeur de Wurtzbourg a ajoutés à son traité : l'un est un résumé succinct de la technique microscopique, ce sont les conseils de l'expérience ; l'autre une excellente méthode de diagnostic des tumeurs, due à la plume d'un des assistants de l'institut anatomo-pathologique de Wurtzbourg, le Dr Füttever.

Le professeur Gross (de Nancy), dans une courte mais substantielle préface, présente le livre et montre d'une manière claire et synthétique le plan général de l'ouvrage.

Un côté du livre est dû tout entier à MM. Gross et Schmitt qui, avec raison, ont eu soin d'indiquer par des [ ] ce qui leur est personnel ; c'est la nomenclature des publications françaises les plus récentes et le résumé des travaux des anatomo-pathologistes et des histologistes français. Cela était nécessaire pour réparer un oubli bien fréquent chez la plupart des auteurs allemands et, disons-le avec tristesse, chez quelques Français qui ne trouvent de bon que ce qu'ils ont été apprendre dans les pays d'outre-Rhin, parce qu'ils n'avaient pas su l'apprendre dans leur pays. Dr F. Verchère.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 19 au 24 décembre 1887.

Lundi 19. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Landouzy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Remy. — 4e examen, doctorat : MM. Potain, Hayem, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Damaschino, Ollivier, Chauffard.

Mardi 20. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quinquaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Ch. Richet, Polaillon, Ballet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Richet, Bouilly, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Fer-

net, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. Brouardel, Bouchard, Joffroy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Laboulbène, Proust, Raymond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hutinel.

Mercredi 21. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Baillon, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Déjerine. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Damaschino, Remy, Jalaguier. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Ch. Richet, Joffroy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Kirmisson. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, A. Robin.

Jeudi 22. — Médecine opératoire : MM. Richet, Duplay, Brun. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Polaillon, Quinquaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Legroux, Joffroy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Tarnier, Bouilly, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Le Fort, Peyrot, Maygrier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Troisier. — 1er examen, doctorat : MM. G. Sée, Jaccoud, Raymond.

Vendredi 23. — Médecine opératoire : MM. Trélat, Reclus, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Marc Sée, Reynier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hayem, Fournier, Brissaud.

Samedi 24. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Laboulbène, Polaillon, Quenu. — 2e examen, doctorat (2e partie (2e série) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Brun. — 2e examen, doctorat (2e partie) (3e série) : MM. Bouchard, Peyrot, Schwartz. — 2 examen, doctorat (2e partie) (4e série) : MM. Dieulafoy: Ch. Richet, Bouilly. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Peter, Cornil, Ballet. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Proust, Fernet, Troisier.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 21, à 1 heure. — M. Cousin : Des inflammations en masse du cordon spermatique (funiculites totales). *Président* : M. Trélat. — M. Le Ray : Des injections hypodermiques de calomel et d'oxyde jaune dans le traitement de la syphilis (expérimentées à l'hôpital de Brest). *Président* : M. Fournier.

— MELOCHE : Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement. *Président* : M. Fournier.

Jeudi 22, à 1 heure. — M. CAZAUX : Contribution à l'histoire médicale des strophantus. *Président* : M. Laboulbène. — M. VIAN : Des progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et du procédé de choix. *Président* : M. Mathias-Duval. — M. GILBERT : Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac. *Président* : M. Cornil. — M. RICHARD : Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques. *Président* : M. Proust.

Vendredi 23, à 1 heure. — M. DELABORDE : Indurations plastiques des corps caverneux. *Président* : M. Guyon. — M. LE SINER : Contribution à l'étude et au traitement de l'éléphantiasis du scrotum. *Président* : M. Guyon. — M. LÉONARDON-LAPERVENCHE : Fractures juxta-articulaires. Leur traitement par le massage. *Président* : M. Lannelongue. — M. LEBATARD : Contribution à l'étude des abcès froids des parois thoraciques. *Président* : M. Lannelongue.

NÉCROLOGIE

M. le Dr FOVILLE, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, secrétaire général de l'Association des médecins de France.

M. le Dr BERNUTZ, médecin honoraire de l'hôpital de la Charité, qui a fait faire par ses livres et son enseignement de grands progrès à l'étude de la gynécologie.

NOUVELLES

LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE EN PROVINCE. — M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique en France, est allé visiter, à Chartres, la salle d'opérations installée à l'hôpital général par M. le Docteur Maunoury, avec le concours de la commission des hospices. Cette salle d'opérations est actuellement la mieux installée qui soit en France: elle mérite de servir de modèle. Elle fait le plus grand honneur à M. le Docteur Maunoury. M. Monod était accompagné dans sa visite par M. le préfet d'Eure-et-Loir, M. le maire de Chartres, M. le Dr Ulysse Trélat et M. Charles Monod, chirurgiens des hôpitaux de Paris, M. l'inspecteur général Napias et les membres de la commission administrative de l'hôpital de Chartres. Dans une chaleureuse allocution, M. Monod a félicité la commission administrative des hospices et M. le Dr Maunoury de l'excellent exemple qu'ils ont donné en organisant en province un service antiseptique qui peut rivaliser avec ceux des meilleurs hôpitaux d'Europe. (*Le Temps.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

31e Année. — Tome II. N° 148 Samedi 17 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. LE Dr DESCROIZILLES.

D'un cas de céphalematome.

Par le Dr DESCROIZILLES.

Le 10 octobre dernier, on me présentait à la consultation de l'hôpital un petit garçon chétif, Maurice S..., né le 27 septembre précédent, arrivé par conséquent au quinzième jour de son existence. Sa mère, femme non mariée, maladive, affectée d'un piedbot et qui vivait de son travail, dans des conditions assez précaires, nous raconta qu'elle était primipare, et que l'accouchement s'était fait à terme, avec le secours d'une sage-femme et sans accident, après une présentation de l'extrémité céphalique. Le jour même de la naissance, on s'aperçut qu'une saillie anormale siégeait sur une portion du crâne, on remarqua qu'elle grossissait les jours suivants. Ce fut cette découverte qui détermina la femme S... à m'amener le nouveau-né, dès qu'elle fut en état de sortir. Une conformation irrégulière de la tête attira, en effet, tout d'abord mon attention.

Au niveau de l'os pariétal du côté gauche, on voyait une vaste bosselure, non réductible, arrondie à son sommet, de forme ovoïde, et dont le grand axe, dirigé d'avant en arrière, pouvait être représenté par une ligne parallèle à la suture sagittale et éloignée de quatre centimètres à peu près de cette suture. Les dimensions de cette tumeur égalaient neuf centimètres dans le sens antéro-postérieur et cinq centimètres en travers. On ne sentait aucun battement à la superficie, mais la pression sur son sommet donnait une sensation très nette de fluctuation, ne paraissait pas être douloureuse et ne produisait ni vomissement, ni contracture. En outre, on sentait très distinctement, à la périphérie de la voussure, un bourrelet prismatique, aussi résistant qu'une couche osseuse : ce rebord était plus fortement accusé dans sa moitié rapprochée de la suture bipariétale

que dans sa partie opposée. D'assez nombreux cheveux recouvraient le tégument cranien qui, au niveau de l'intumescence, gardait sa consistance et sa coloration normales et ne conservait pas l'empreinte du doigt. Je ne constatai aucune autre difformité chez ce petit être qu'on nourrissait au biberon et chez lequel aucun incident particulier n'était survenu depuis sa naissance.

Je crus pouvoir être affirmatif à l'égard de diagnostic et je répondis à la question que mes élèves m'adressaient à ce sujet, qu'il s'agissait d'un céphalématome. On sait que, sous cette dénomination, on désigne un épanchement de sang qui se fait entre la face externe d'une partie de la voûte cranienne et le périoste qui la recouvre, presque toujours au niveau de la partie postérieure et près de l'angle supérieur de l'un des pariétaux, c'est-à-dire dans les points où la couche périostique se décolle avec le plus de facilité.

Cette lésion qui, presqu'invariablement, se rattache au travail de l'accouchement, résulte vraisemblablement des pressions que la tête du fœtus subit en traversant la cavité pelvienne; elle peut donner lieu à des erreurs d'appréciation et un médecin éclairé ne doit pas adopter l'interprétation que je donnais ici, d'une façon péremptoire, à nos auditeurs sans avoir passé préalablement par une série d'hypothèses qu'une bosse cranienne fait considérer comme également admissibles. Dans l'encaphalocèle en effet, on reconnaît, à travers les parties molles, l'existence d'un bord osseux à la périphérie de la tumeur comme nous la trouvions ici. Mais on peut alors, par la pression, faire disparaître la convexité anormale, au moins partiellement; on provoque en prolongeant cette pression, du coma et surtout des vomissements ou des convulsions. Enfin, le doigt pénètre à travers un orifice, si on l'enfonce à une profondeur suffisante, et n'est pas arrêté par un plan osseux; on sent par conséquent qu'il y a communication entre l'intérieur de la cavité cranienne et les tissus sous-cutanés.

Une intumescence partielle de la région cranienne ne permet pas de songer à une hydrocéphalie, puisque l'hydropisie intracranienne est caractérisée par une augmentation générale et souvent énorme de la partie supérieure de la tête, mais de même qu'on peut s'expliquer la déformation par une hématocèle, de même on a le droit de songer à un abcès, à une bosse séro-sanguine du cuir chevelu, ou à un épanchement de sang sous-aponévrotique. S'il s'agit d'une collection purulente, on rencontre une intumescence limitée, fluctuante, sur les limites de laquelle on trouve parfois une arête osseuse; mais alors la peau est presque toujours rouge et douloureuse à la palpation, enfin la voussure peut siéger au niveau d'une suture. S'il est question d'une bosse séro-sanguine, elle est ordinairement mal

circonscrite, peu fluctuante, recouverte d'une peau violacée ; comme toute tuméfaction d'origine œdémateuse, elle reste quelque temps déprimée à son sommet à la suite d'une application prolongée des doigts de l'observateur, en outre, elle correspond parfois à la rencontre de deux os. On fera la même remarque à propos des épanchements sanguins situés sous les couches aponévrotiques qui, limités habituellement d'une façon très confuse, ne sont jamais circonscrits par un bourrelet résistant. Le céphalematome qui se développe toujours en dehors des sutures possède donc, par rapport aux autres proéminences craniennes, des caractères différentiels, dont l'ensemble se présentait à notre observation avec une netteté qui nous rendait toute hésitation impossible.

Si l'on s'en rapporte à eux, ces tumeurs sanguines, qu'on a quelquefois nommées thrombus des nouveau-nés, ne doivent pas être troublées dans leur marche, par un traitement intempestif. Cette opinion est à peu près celle du professeur Tarnier qui conseille de s'abstenir de toute médication violente, tandis que Michaelis et d'autres pathologistes pensent au contraire que, pour obtenir la guérison, il faut très rapidement détruire l'épanchement à l'aide d'une ouverture largement faite. Paletta recommande de traverser la poche avec une aiguille ou un bistouri et de glisser, d'un orifice à l'autre, une bande de toile étroite à bouts effilés, et qui joue le rôle d'un séton. On peut mentionner aussi le procédé préconisé par Gœlis et qui consistait à appliquer sur le sommet de la convexité, un morceau de potasse caustique, afin de faire disparaître l'intumescence à l'aide d'une suppuration artificielle. On a renoncé de nos jours à l'application du caustique, comme au séton. On évite même autant que possible, d'user de l'instrument tranchant et de recourir à une intervention chirurgicale qui peut être suivie d'une inflammation très périlleuse, ou d'une hémorrhagie formidable, quelquefois même mortelle. L'on se borne presque toujours à un peu de compression, à l'emploi de quelques résolutifs, tels que le chlorydrate d'ammoniaque, l'acétate de plomb, ou tout simplement le vin, le vinaigre ou l'acool.

J'ai cru qu'il était prudent de me conformer aux préceptes de ceux qui redoutent les opérations en pareille circonstance et je me suis borné à prescrire l'emploi d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, dont on devait imbiber des compresses plusieurs fois repliées sur elles-mêmes, maintenues par des feuilles de carton assez flexible pour se modeler exactement sur la convexité de la voûte cranienne et assujetties à l'aide d'un simple bonnet modérément serré. Cette thérapeutique a donné des résultats satisfaisants ; j'ai pu revoir le petit malade à différentes reprises, depuis le

10 octobre, et m'assurer que le céphalematome diminuait, puis disparaissait presque totalement.

Le 17 octobre, une semaine après mon premier examen, la tumeur n'avait encore rien perdu de sa consistance, ni de sa largeur, mais sa longueur n'était plus que de sept centimètres ; on sentait encore très nettement le bourrelet osseux périphérique. Le 20, je constatais une diminution de trois centimètres sur la longueur et de deux centimètres sur le bord transversal. Le 24, la voussure semblait réduite au tiers de son volume primitif ; enfin, le 28, elle ne formait plus aucune saillie par rapport aux portions voisines du crane, mais on découvrait encore par la palpation, le rebord prismatique sur la moitié interne de sa circonférence, tandis qu'il n'existait plus sur sa partie externe. Pendant que l'état local s'améliorait ainsi progressivement et avec rapidité, la santé générale de l'enfant restait satisfaisante jusqu'aux derniers jours d'octobre. Il grossissait peu, mais ne dépérissait pas, bien qu'il fut nourri exclusivement au biberon. On se disposait à l'envoyer à la campagne, quand une diarrhée très forte est venue retarder son départ. Bien que le petit garçon ait résisté à ce flux intestinal, incoercible pendant plusieurs jours, il n'en est pas moins considérablement amaigri et débilité, et son avenir me semble fort incertain.

Je dois rappeler, à ce propos, qu'on n'est pas d'accord sur le pronostic qu'il convient de formuler, vis-à-vis d'un céphalematome. Tandis que Michaelis et Underwood croient cette affection grave, Noegelé, Hœre, Seux, le professeur Tarnier, la considèrent au contraire, comme fort dangereuse. Depuis que je suis à l'hôpital des Enfants, j'ai eu quatre fois l'occasion de rencontrer des tumeurs de cette nature, chez des sujets, tous chétifs, et qui me paraissaient avoir peu de chances de vivre longtemps. Dans deux cas, j'ai vu l'intumescence disparaître dans l'espace de trois semaines, dans un troisième, il y avait diminution et non disparition au bout de quinze jours et je ne sais ensuite ce qui est advenu. A l'égard du quatrième, je suis également dans l'incertitude, car on ne m'a montré le malade qu'une seule fois. Abstraction faite de l'observation actuelle, j'ignore si les enfants n'ont pas succombé peu de temps après leur naissance.

C'est aller trop loin, à mon sens, que de croire à la bénignité presque constante du céphalematome, rien ne légitime un optimisme trop grand à cet égard. Il est permis de supposer que les conditions dans lesquelles ces épanchements péricraniens surviennent, ont un retentissement fâcheux sur l'organisme fragile d'un nouveau-né ; et rien ne prouve, dans les statistiques favorables qu'on a donnée sur ce chapitre, que la majorité des enfants aient vécu plus de quelques mois, car, pour la plupart, ils n'ont été vraisemblablement soumis à

l'observation du médecin que pendant peu de semaines. On peut bien promettre à des parents, fort effrayés le plus souvent par cette tuméfaction cranienne, que le gonflement disparaîtra promptement; il serait téméraire de leur affirmer qu'il est sans portée sur la santé ultérieure et sur la vitalité du nourrisson. Sans conseiller relativement à cette question un pessimisme absolu, je ne saurais trop recommander qu'on s'en tienne à des prévisions réservées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 14 *décembre* 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

M. *Queirel* (de Marseille) envoie deux observations de cystotomie sus-pubienne pour cystite chronique douloureuse.

M. Le Fort présente une observation envoyée par M. Boussol (?) (de Dijon) de guérison radicale de hernie par un bandage un peu spécial. Le malade a commencé l'application de ce bandage à 43 ans : il a porté ce bandage 9 mois et la guérison a été complète. Il a pu continuer son état de boulanger jusqu'à 70 ans.

CURE RADICALE DES HERNIES. — M. *Trélat.* J'ai dit à propos de la bénignité de la cure radicale que, depuis l'application de l'antisepsie, l'influence de l'étendue de la plaie est nulle. Je tire cet argument de la statistique de mes amputations où je vois que les amputations de cuisse ne sont pas plus graves que celle de l'avant-bras, contrairement à ce qu'on pensait autrefois, où la gravité d'une opération était en raison directe de l'étendue de la surface traumatique.

M. *Le Fort* présente un petite pelote de bandage qu'il a construit pour un jeune homme, porteur d'une hernie avec ectopie testiculaire, elle remplit parfaitement son but.

M. *de Saboia* rappelle qu'il a publié les résultats de ses opérations par la méthode de Wood. Il n'a eu que des insuccès, ainsi que plusieurs de ses collègues de Rio-de-Janeiro.

Depuis 1883, j'emploie la méthode de Czerny; je trouve l'opération difficile comme M. Championnière. J'ai fait 10 opérations.

Je n'ai fait qu'une fois le capitonnage : dans les autres cas, j'ai fait la résection et l'ablation du sac, et je n'ai pas revu mes opérés.

M. *Richelot.* On a un peu élargi le débat. J'ai dit que la dissection des sacs inguinaux est toujours facile, que la dissection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible, de même qu'il est possible de conserver le testicule dans l'immense majorité des cas.

Il est opportun d'opérer dès l'adolescence les hernies congénitales,

parce que les accidents de ces hernies sont plus graves et que l'opération est plus bénigne à cet âge.

On peut traiter les hydrocèles congénitales de la même manière, parce que la persistance du conduit vaginal prédispose à la hernie.

Dans les grosses hernies congénitales, comme celles qu'a opérées M. Terrillon, on est dans les mêmes conditions que dans les hernies ordinaires, et alors, il est possible de disséquer le sac ; pourquoi faire le capitonnage, puisqu'il est nécessaire de faire l'ablation du sac le plus haut possible, ce qui est le point le plus difficile ?

Je suis d'accord avec M. Championnière sur tous les points : mais j'ai dit que personne n'a formulé de conclusion ferme sur la possibilité constante de pouvoir disséquer le conduit vagino-péritonéal.

Je réponds à M. Berger que son opinion basée sur des recherches consciencieuses, a le tort de s'appuyer sur des statistiques.

Je crois qu'à partir de 15 ans, on est autorisé à conseiller l'opération, parce que les malades ne guérissent pas à partir de cet âge.

MM. *Le Fort* et *Reclus* protestent.

M. *Richelot*. La cure radicale de la hernie congénitale ne donne pas de mortalité.

Au point de vue de l'efficacité, Socin donne 2/3 de guérison.

L'amélioration est plus nette pour les hernies congénitales que pour les autres. Les résultats au point de vue de la bénignité sont tels que nous avons le droit de poursuivre notre expérimentation.

Myxome kystique de la région du genou, par M. *Chavasse*. Rapport. — M. *Schwartz*. Homme, de 38 ans, éprouve en juin dernier, une douleur vive sur la partie interne du genou, peu à peu se montre une tuméfaction allongée le long de l'interligne articulaire, du volume d'un œuf de pigeon, située au niveau de la tubérosité interne : peau mobile, peu de mobilité sur les parties profondes, consistance de fibrolipome, quelques points fluctuants, d'autres mous ; la tumeur se perd un peu du côté du creux poplite.

On fait le diagnostic de tumeur polykystique, d'origine synoviale. Ablation, il existe un pédicule allant vers l'articulation.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un myxome kystique.

Au point de vue de la récidive, M. Chavasse reste sur la réserve.

Ni l'auteur, ni le rapporteur, n'ont trouvé d'autres observations que celles de Gosselin et de Ranke.

Balle extraite du corps après dix-sept ans. — M. *Poncet*. Il rapporte qu'un officier avait reçu une balle au poignet en 1870. La plaie se guérit.

Elle reste silencieuse pendant dix ans, mais la main reste indolente ; il y a cinq ans, il tomba sur la main, à partir de ce moment, douleur vive. Quand je le vis, on sentait un corps étranger mobile au

voisinage de l'apophyse styloïde et du pisiforme, la douleur était très vive à ce niveau.

L'exploration au microphone ne me donne rien.

Je fis une incision, il sortit d'abord du pus, puis, au fond de la plaie, je trouve la balle que j'ai extraite.

Ce cas montre qu'il faut faire des recherches dans les cas de plaie par *balle de fusil*: car la main est restée impotente pendant dix ans, et depuis cinq ans, il y avait des douleurs vives.

M. *Reclus*. Je possède deux observations, 1° celle d'un officier qui a une balle de revolver dans l'index. J'ai essayé de l'extraire, je n'ai pas pu, je l'ai laissée, il y a quatre ans de cela : cet officier a pu faire la campagne du Tonkin et ne souffre plus.

J'ai un autre malade qui a une balle de 11 millimètres dans l'intérieur du condyle interne.

A l'heure actuelle, il marche très bien et n'a pas de douleurs.

S'il souffre, je pourrai l'extraire, et alors mon traumatisme sera limité.

M. *Poncet*. Je crois qu'il faut faire une grande différence entre les balles de revolver et celles de fusil.

J'ai moi aussi un grand nombre de faits prouvant l'innocuité des balles de revolver ; mais avec les balles de 25 grammes, on est toujours exposé à des accidents.

M. *LeFort*. De la communication de M. Poncet, il ressort ceci : je crois qu'on a eu tort de laisser cet officier sans l'explorer et sans chercher à faire l'extraction au moment de l'accident. Mais pendant les dix premières années, pendant tout le temps le blessé n'a pas eu d'accidents, les chirurgiens qui ont vu le malade ont dû se trouver très embarrassés, comme l'a été M. Poncet, parce qu'on ne pouvait pas soupçonner l'existence d'une balle.

Pour les balles de petit calibre, je suis de l'avis de M. Reclus, mais je diffère de lui, quand il s'agit d'une balle de gros calibre, il faut les extraire surtout quand on les voit.

M. *Poncet* dit que, depuis son accident, ce blessé n'avait été vu par aucun chirurgien.

TRAITEMENT PAR LES BAINS DE MER DES LÉSIONS CHIRURGICALES. —M. *Verneuil* dit que l'influence des bains de mer et du climat marin est indiscutable; c'est vrai pour l'enfance, c'est vrai pour l'adolescence.

Il est question de créer 300 lits à Berck; on pourrait donner 100 lits pour les malades de 15 à 25 ans ; il demande que la Société veuille bien appuyer une démarche dans ce sens, qui aurait dès lors plus d'importance, étant appuyée par la Société.

M. *Trélat* appuie la proposition de M. Verneuil.

M. *Horteloup*. J'ai appelé l'attention de l'administration sur la création d'un certain nombre de lits pour adultes à Berck. C'est une chose décidée et faite.

M. *Verneuil* dit alors qu'il faut remercier l'administration.

P. Bazy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 *décembre* 1887. — *Présidence de* M. Féréol.

Anévrysme partiel du cœur. — M. *Rendu* communique l'observation d'un malade de son service. Homme de 44 ans ; à 16 ans, rupture de l'urèthre, rétrécissement fibreux consécutif nécessitant deux uréthrotomies ; à 24 ans, rhumatisme articulaire sans complications. A la fin de 1886, épanchement pleural double, nécessitant cinq ponctions successives. En juillet 1887, palpitations, œdème des pieds et des malléoles, urines rares. A son entrée dans le service de M. Rendu, anasarque sans ascite, foie gras et douloureux, mais sans pouls hépatique ; hypertrophie ventriculaire mais impulsion cardiaque faible ; bruits normaux sourds, réguliers, sans souffles ; urines rares et albumineuses ; œdème pulmonaire ; rétrécissement uréthral considérable. En présence de cet ensemble symptomatique, M. Rendu pensa à une hypertrophie cardiaque de néphrite *inters*-titielle consécutive elle-même au rétrécissement uréthral. L'amélioration qui résulta du régime lacté et de la digitale permit de constater : pas de frémissement ni de voussure à la région précordiale : pointe du cœur dans le sixième espace; choc faible; à la partie moyenne choc ondulatoire assez brusque succédant à la systole ventriculaire; bruit diastolique sec, presque métallique, ayant son maximum au dessus et en dedans de la pointe. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort du malade, survenue le 14 novembre, par asystolie.

A l'autopsie : foie et reins cardiaques; vessie à colonnes et urèthre rétréci; cœur : poids 640 grammes, gros ; à sa face antérieure adhérences fibreuses d'une épaisseur d'un centimètre. Dans le ventricule gauche, au-dessus de la pointe, dilatation anévrysmale ampullaire du volume d'un œuf de poule creusée dans la paroi ventriculaire amincie et moulée exactement sur la plaque de fausses membranes péricardiques. A ce niveau paroi cardiaque réduite à une coque fibro-cartilagineuse sans vestiges de fibres musculaires. Endocarde normal, valvules saines.

M. Rendu fait observer que cette observation présente, outre sa

rareté, un autre intérêt. Il rappelle qu'avec Rokitanski, Cruveilhier, etc., on admet que les anévrysmes partiels du cœur sont la conséquence d'une myocardite interstitielle ; myocardite rattachée par Cruveilhier à une endocardite, par Karl Huber à l'athérome des artères coronaires. Ici l'anévrysme paraît avoir été la conséquence directe de la péricardite adhésive partielle qui, à chaque révolution, tiraillait le cœur. Peut-être aussi peut-on admettre une propagation de l'inflammation du péricarde au myocarde.

Quant à l'histoire clinique de ces faits, elle n'existe pour ainsi dire pas. Absence presque constante de bruits de souffle coïncidant presque toujours avec une dilatation du cœur et souvent avec une symphise, tels sont les seuls symptômes indiqués par Aran et C. Paul. Chez le malade de M. Rendu existait un bruit surajouté, diastolique, clair et éclatant, ayant son maximum au-dessus de la pointe. Il se produisait évidemment au niveau de l'anévrysme qui réalisait les conditions nécessaires à la production des bruits de galop indiquée par M. Potain : mise en tension par le sang d'une paroi rigide et inextensible. M. Rendu pense, qu'à condition d'en faire le diagnostic avec celui de la néphrite interstitielle, ce rhythme de galop peut faire penser à la possibilité d'un anévrysme pariétal.

Érythème papuleux des fesses chez les jeunes enfants. — M. *Sevestre* rappelle les caractères de cet érythème et les difficultés que soulève souvent son diagnostic. Rattaché par Parrot à la syphilis, il n'en est pas toujours symptomatique ; M. Sevestre pense qu'il existe un érythème papuleux vrai ; la preuve en est fournie et par le développement de la papule elle-même et par ce fait que les enfants en guérissent complètement sans présenter ultérieurement aucun signe de syphilis ; d'autre part, il est provoqué par une irritation de la peau et, loin d'avoir des relations avec l'athrepsie, s'observe de préférence chez des enfants forts, atteints de diarrhée accidentelle. Le diagnostic aussi délicat qu'important de cet érythème avec la syphilis se fera par l'absence de signes de syphilis, la localisation aux fesses et la marche de l'éruption.

M. *Cadet de Gassicourt* partage absolument les opinions de M. Sevestre sur l'existence de cet érythème chez les enfants vigoureux et sur les difficultés de son diagnostic.

M. *Féréol* se souvient avoir cru à la syphilis la première fois qu'il a vu un érythème papuleux des fesses. L'évolution seule permet le diagnostic, d'autant que l'on peut trouver des enfants syphilitiques aussi bien portants que ceux qui n'ont que de l'érythème papuleux vrai.

Sapelier.

BIBLIOGRAPHIE

—

DES CYSTITES DOULOUREUSES ET DE LEUR TRAITEMENT, par le D[r] *H. Hartmann*. (G. Steinheil. Editeur. Paris 1887).

Quelques lignes suffiront pour analyser ce volumineux livre.

Toutes les cystites, blennorrhagique, tuberculeuse, calculeuse, néoplasique peuvent causer de la douleur. Quelques-unes n'en amènent point et pour les différencier de celles dont on souffre, on a appelé ces dernières *cystites douloureuses*. La douleur peut être petite, moyenne ou grande. Cas petits, cas moyens, cas grands.

La douleur n'est pas causée par la contracture du col, mais par la contracture générale de l'organe. Les parois vésicales sont épaissies et la cavité presque nulle dans les grands cas. La contraction est due le plus souvent à une inflammation parenchymateuse de toute la paroi de l'organe.

La présence de l'urine provoque les crises douloureuses, et pour supprimer cette douleur, il suffira d'en supprimer la cause, sublatâ causâ, etc. Dans un long chapitre de thérapeutique, M. Hartmann recherche comment on doit assurer l'inocuité constante de la vessie, nécessaire dans les grands cas. Dans les petits cas, il suffit d'agir sur la cystite, par un traitement médical. Dans les cas moyens, le traitement médical, les narcotiques devront s'adjoindre un traitement local chirurgical. Instillations, enfin les cas graves devront être traités par la taille hypogastrique, la taille périnéale ou plutôt boutonnière périnéale, enfin chez les femmes par la dilatation de l'urèthre ou plutôt la colpocystotomie.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la démonstration de ces faits et de ces principes chirurgicaux est faite avec les plus grands développements et tout le savoir que sait apporter dans ce qu'il fait, M. Hartmann auquel « tous ses maîtres ont donné la science qu'ils possédaient. »

D[r] F. VERCHÈRE.

DE LA RAGE PARALYTIQUE, par le D[r] Auguste *Ygouf* (thèse de doctorat en médecine, Paris 1887, in-8°, 91 pages, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeur).

Le travail du D[r] Ygouf est divisé en deux parties. Dans une première partie, la plus courte, il étudie la rage en général, nous n'y insisterons pas; la deuxième partie, la plus importante de cette thèse, est consacrée à la rage paralytique.

C'est avec stupéfaction, écrit le D[r] Ygouf, que nous avons entendu prononcer à l'Académie de médecine la phrase suivante : « Il arrive parfois que des phénomènes paralytiques se montrent chez l'homme

enragé; mais la rage paralytique d'emblée, qui commence par de la courbature et finit par l'abolition des mouvements, est un fait extraordinaire et qu'on ne rencontrait jamais que chez le lapin ». Or c'est là une erreur profonde et il suffit pour s'en convaincre de parcourir les nombreuses observations de rage paralytique chez l'homme que publie le Dr Ygouf. Ces observations ne peuvent d'ailleurs en aucune façon être considérées comme suspectes, car un certain nombre d'entre elles sont antérieures au traitement de la rage par la méthode Pasteur, et aux violentes controverses auxquelles il a donné lieu. C'est ainsi que parmi elles, nous voyons figurer une observation de 1684, publiée par le Dr Roger Howmann, dans The philosophical Transaction of the Royal Society of London, une de 1766, deux de 1781, une de 1813, etc. Il semble du reste que les cas de rage paralytique d'emblée deviennent d'autant plus nombreux qu'on connaît mieux la maladie, et nous les voyons se multiplier dans ces dernières années. Un grand nombre des observations du Dr Ygouf sont de 1886, ou 1887.

Il est à remarquer aussi que cette forme de la rage est absolument indépendante du traitement par la méthode Pasteur, beaucoup de ces observations étant celles de malades n'ayant subi aucun traitement.

D'ailleurs même chez ceux qui ont été soignés par la méthode des inoculations antirabiques, la mort ne peut être attribuée au traitement.

En effet, s'ils étaient morts de rage expérimentale, de rage lapino-canine, de rage pastorienne, leur bulbe inoculé par trépanation à des lapins devraient donner la rage à ces animaux dans les limites de temps ordinaire au virus du lapin, soit sept jours. Or, dans tous les cas cités dans la thèse du Dr Ygouf, les phénomènes rabiques sont apparus du 15e au 20e jour, c'est-à-dire dans les limites du temps habituel à la rage des rues. Ces malades sont donc bien morts de la rage des rues et non de la rage expérimentale, ce n'est pas le virus de passage qui a occasionné leur mort.

Mais ce n'est pas seulement la rage paralytique de l'homme que nous trouvons fort bien exposée dans la thèse du Dr Ygouf, il nous donne aussi un court aperçu de cette affection chez les différents mammifères et chez les gallinacés. Nous ne pouvons malheureusement [le suivre dans tous les développements de son excellent travail.

Dr E. Deschamps.

NOUVELLES

Bulletin de la mortalité *du* 4 *au* 10 *décembre* 1887. — Fièvre typhoïde. 49 — Variole, 5. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 29. — Phthisie pulmonaire, 152. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55.

Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 49. — Paralysie, 6 — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 64.

Bronchite aiguë et chronique, 55. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 65.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 37.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 17. — Suicides et autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 14.

Nombre absolu de la semaine : 904. — Résultat de la semaine précédente : 949.

Renseignements sur l'état sanitaire de la banlieue de Paris (département de la Seine). — Les bulletins mensuels qui nous sont adressés par les communes du département de la Seine nous renseignent sur l'état sanitaire de la banlieue.

Nos chiffres sont plus complets que ceux des maires des communes parce que ceux-ci ne peuvent être renseignés sur ceux de leurs administrés qui, ayant contracté leur maladie à domicile, viennent la faire soigner dans les hôpitaux de Paris; nous ajoutons les chiffres de décès (chiffres assez élevés) qu'ils fournissent à ceux qui nous sont envoyés par les maires et qui concernent les décès survenus sur le territoire de leurs communes.

La Variole a causé, pendant le mois de novembre, quelques décès au nord de Paris. Il convient de ne pas en exagérer le nombre; on a compté 3 décès par Variole à Aubervilliers (21,862 habitants) au lieu de 2 en octobre; 4 décès à Pantin (19,917 habitants) et enfin 7 décès à Saint-Denis (46,829 habitants). En octobre, les villes de Pantin et de Saint-Denis avaient présenté les mêmes chiffres qu'en novembre. On a encore compté 2 décès à Levallois-Perret (34,384 habitants), 1 décès à Colombes, etc. Ces chiffres méritaient assurément d'attirer l'attention, cependant il convient de dire qu'il ne sont pas très exceptionnels. Ils prouvent la nécessité de répandre de plus en plus la vaccine. En Allemagne, la Variole est devenue inconnue, grâce à la vaccine *obligatoire et* sévèrement obligée.

D'autres maladies épidémiques ont malheureusement causé dans l'arrondissement de Saint-Denis plus de décès que la Variole. La diphtérie a causé 3 décès à Boulogne (29,406 habitants); 5 décès à Courbevoie (15,538 habitants); 4 décès à Puteaux (15,628 habitants); 5 décès à Colombes (13,971 habitants); 5 décès aux Lilas (5,887 habitants); 4 décès à Pantin; 3 à Saint-Denis, etc.

A Saint-Ouen, la fièvre typhoïde, un peu répandue depuis juillet, a causé 9 décès en octobre et 3 en novembre.

La situation sanitaire de Suresne, Neuilly, Nanterre, Asnières etc., est satisfaisante.

L'arrondissement de Sceaux est généralement dans une situation sanitaire excellente.

Pourtant Creteil (3,911 habitants) compte 4 décès par variole en novembre (et 5 en octobre) et Nogent-sur-Marne (8,110 habitavts), 2 décès par diphtérie.

L'état sanitaire est très bon dans les autres communes de l'arrondissement de Sceaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34 ᵉ Année. — Tome II. N° 149 Mardi 20 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND, SUPP. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

—

I. Des fistules pyo-stercorales. — II. Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.

I. — Messieurs, nous avons incisé hier un vaste phlegmon gazeux de la partie postérieure de la région lombaire droite, s'étendant jusque sur la fesse. Le malade nous était expédié d'un service de médecine où il avait été soigné pour une péri-typhlite. Vous avez vu la région malade rouge et empâtée, causée par un œdème considérable, et résonnant comme un tambour. La veille, cette résonnance n'existait pas encore et l'on avait une sensation de crépitation. En somme, nous étions sans aucun doute en présence d'un phlegmon stercoral. De fait, une incision très étendue nous a donné un flot de liquide composé de pus, de matières fécales et de gaz. Maintenant, si ce malade, très éprouvé, survit, il sera porteur d'une fistule pyo-stercorale.

Dans notre salle des femmes se trouve une malade atteinte de la même affection. Il y a deux ou trois ans, elle a été atteinte d'une péri-typhlite. Un phlegmon stercoral s'est déclaré et s'est ouvert dans la région lombaire. Elle a subi diverses opérations, et, à la suite de l'intervention chirurgicale, elle s'est trouvé améliorée, car pendant deux ou trois mois la fistule s'est tarie. Mais ensuite, sous une influence qui nous échappe, les accidents ont reparu. La malade pâlit, s'amaigrit, et à la partie postérieure de la région lombaire vous pouvez remarquer des tissus couturés et, au fond, un ravin calleux, offrant deux orifices fistuleux qui laissent passer en abondance les matières fécales.

Ces deux cas me fournissent l'occasion de vous parler des fistules pyo-stercorales.

La fistule pyo-stercorale présente certaines analogies avec l'anus

contre nature. Mais, en réalité, elle s'en distingue très nettement sous les rapports anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

Son étiologie est également très différente. La fistule pyo-stercorale se produit tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors.

Dans le premier cas, il s'agit d'un abcès qui se produit autour de l'intestin, et finit par s'ouvrir dans sa cavité.

Dans le second cas, une ulcération de l'intestin en est l'agent générateur : souvent, des vers intestinaux se frayent un passage à travers les parois de l'intestin, et, sortis dans la cavité abdominale, donnent naissance à un abcès qui s'ouvre en dehors, établissent une communication entre l'intestin et la peau.

Quelle que soit l'étiologie, cette affection présente des caractères généraux toujours les mêmes.

D'abord, le siège des lésions est à peu près constamment au voisinage du cœcum, car c'est presque toujours la typhlite ou une ulcération quelconque du cœcum qui amène la fistule. C'est donc là une première différence qui la distingue de l'anus contre nature. Au lieu de s'ouvrir comme celui-ci à la partie antérieure de l'abdomen, la fistule-pyo-stercorale s'ouvre toujours dans la région lombaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, les différences ne sont pas moins tranchées.

Nous avons à étudier dans la fistule pyo-stercorale : 1° l'orifice intestinal; 2° le clapier; 3° la fistule; 4° l'orifice cutané.

1° L'orifice intestinal est de dimensions très variables. Il peut être très petit, consister en une simple perforation, ou bien, au contraire, il est considérable par destruction circulaire de l'intestin. On comprend que, par suite, les moyens d'intervention différeront notablement. Dans le premier cas, on pourra tenter la cautérisation ou la suture. Dans le second, aucune intervention ne sera possible. Entre ces deux termes extrêmes, on rencontrera tous les intermédiaires.

2° Le clapier intermédiaire est la caractéristique de cette affection. C'est le vertige de l'ancien abcès générateur. Le clapier, accolé à l'intestin, et communiquant à l'intérieur au moyen de la fistule, peut présenter des dimensions très variables. Quelquefois très petit, il est, dans d'autres circonstances, absolument colossal. J'ai souvenir d'une malade de l'hôpital Necker pour laquelle MM. Rendu et Guyon avaient porté le diagnostic : occlusion intestinale. On m'appela pour faire la laparotomie. Je tombai dans un clapier de fistule pyo-stercorale, limité en bas par le ligament de Fallope, en haut par la face inférieure du foie, et s'étendant à gauche à trois travers de doigt au-delà de l'ombilic.

3° et 4°. Le trajet fistuleux n'a rien de particulier; il est organisé

comme tous les trajets de ce genre : il est unique ou multiple et communique à l'intérieur par un ou plusieurs orifices. Ces orifices, comme ceux des anus contre nature, ont des bords froncés, attirant à eux la peau et sont entourés par une zone de rougeur.

Un caractère qui distingue bien la fistule pyo-stercorale de l'anus contre nature, c'est l'absence d'éperon. L'étiologie nous explique bien cette particularité. Ce fait implique une différence dans la symptomatologie. Tandis que l'anus contre nature donne souvent passage à la totalité des matières stercorales dans la fistule, il n'y a pas abolition totale des selles.

Si l'on n'intervient pas, le pronostic est absolument *fatal* et la mort arrive par hecticité, par soucis et désespoir.

En pareil cas, nous pouvons, et je dirai, nous devons agir avec une grande hardiesse.

Messieurs, le traitement de l'anus contre nature a fait de grands progrès dans ces dernières années : l'entérotomie et l'entérorrhaphie ont donné en pareil cas des résultats merveilleux. Mais ici, ces procédés sont presque toujours inapplicables. On ne peut réséquer le boudin cœcal comme on résèque une portion d'intestin grêle, et suturer l'intestin grêle au colon ascendant. Ces tentatives, lorsqu'elles ont été faites, ont constamment échoué. Moi-même, j'ai dû agir ainsi dans un cas de tumeur ayant détruit le cœcum. Le résultat a été fatal.

C'est au clapier qu'il faut s'adresser.

Il faut inciser toutes les fistules, les détruire, pénétrer dans le clapier par une brèche énorme, favoriser les selles dans la mesure possible, et essayer d'obtenir le bourgeonnement de ce clapier. On échouera parfois, mais on aura du moins transformé la fistule pyo-stercorale en fistule stercorale simple, et ce sera là un demi-succès. De fait, le malade sera protégé contre les complications si fréquentes dans le premier cas : poussées phlegmoneuses, abcès, suppurations prolongées.

L'infirmité sera beaucoup plus tolérable.

Mais d'autres fois, le succès sera beaucoup plus grand, et même, on trouvera au fond du clapier un orifice de petite dimension dont on pourra déterminer l'obturation par la suture.

Vous le voyez, Messieurs, nous ne sommes pas très riches dans notre intervention contre la fistule pyo-stercorale, mais le caractère inguérissable de la lésion nous fait un devoir de tenter ce que nous avons à notre disposition.

II. Le second malade que j'ai à vous présenter a la physionomie d'un idiot. Il a des déformations de la face, le nez épaté, la lèvre supérieure grosse et retroussée et découvrant les narines médianes

qui ont une tendance à se porter en avant. Le malade est un peu sourd et a le regard voilé. Sa voûte palatine est ogivale. Ses deux narines sont remplies de polypes muqueux.

Messieurs, il y a longtemps que Dupuytren et Alphonse Robert ont décrit ces signes comme ceux qui résultent de l'hypertrophie des amygdales. L'insuffisance de la respiration détermine une espèce d'arrêt de développement et d'idiotie.

L'invention du laryngoscope a permis de voir que ces symptômes se retrouvent également dans les cas d'obstruction du pharynx nasal.

On a le plus souvent affaire à un développement exagéré du tissu adénoïde de Hiss, ou de ce qu'on a appelé l'amygdale de Lushka. C'est le cas de notre malade actuel.

En définitive, ces symptômes d'arrêt de développement se rencontrent dans trois cas : 1° hypertrophie des amygdales; 2° hypertrophie des amygdales avec tumeur adénoïde du pharynx; 3° tumeur adénoïde du pharynx sans hypertrophie des amygdales.

Maintenant que l'affection est connue, nous pouvons nous passer du secours du laryngoscope. Le doigt porté derrière le voile du palais nous montre le pharynx obstrué.

Il est important en pareil cas d'intervenir et d'intervenir de bonne heure. Car, en opérant *avant* 15 *ans*, on peut éviter l'arrêt de développement que je viens de vous signaler. On peut se servir soit de l'ongle, soit de la pince de Lœwenberg, avec laquelle on tond l'arrière cavité des fosses nasales. Une précaution importante, *c'est d'éviter de couper la luette*, qui vient facilement se placer entre les branches de l'instrument. La cocaïne permet d'insensibiliser les parties et d'éviter le chloroforme. Il est, d'ailleurs, nécessaire en certains cas d'opérer en plusieurs temps, L. Greffier.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 10 *novembre* 1887. — *Présidence de* M. Bouchard.

M. *Berbez* fait une communication sur un cas de sciatique déformante. (V. *France méd.*, n° 140, p. 1693.)

M. *Rendu*. Je demanderai à M. Berbez quel rôle il fait jouer à l'atrophie musculaire dans la pathogénie de la sciatique déformante?

M. *Berbez*. Je crois que l'atrophie précède la déformation. En raison de la douleur, les malades prennent une attitude spéciale; l'atrophie la rend permanente.

M. *Morel-Lavallée* rapporte une observation de vergetures thoraciques. (Sera publié.)

M. *Gilbert.* Les vergetures observées par M. Morel-Lavallée n'avaient pas la coloration violacée des vergetures récentes ; l'on ne peut donc affirmer qu'elles ont été la conséquence de la pleurésie. Elles remontent vraisemblablement à une époque plus ou moins reculée de la vie du malade et peut-être à l'adolescence.

M. *Bouchard.* Je ne saurais me prononcer sur la nature des vergetures dont était porteur le malade de M. Morel-Lavallée. Je n'en ai pas vu de semblables. Après la fièvre typhoïde, chez des adolescents dont la croissance avait été notable, j'ai plusieurs fois relevé l'apparition de vergetures sur la partie postérieure du thorax ; j'ai de même noté le développement de vergetures thoraciques dans la pleurésie, la péritonite suppurée et la coxalgie. Dans tous ces cas, les vergetures étaient horizontales, violacées d'abord, puis nacrées et, dans tous ces cas, elles paraissaient résulter d'une distension de la peau.

M. *Hallopeau.* Il me semble que la désignation de vergetures doit être réservée à cet ordre de faits et qu'il est impropre de l'appliquer à certaines cicatrices syphilitiques.

M. *Balzer.* La pathogénie des vergetures est encore obscure. La distension joue un rôle déterminant d'une grande importance, mais qui pourtant n'explique pas tout. Il paraît résulter des recherches de MM. Troisier et Ménétrier que les lésions semblent atteindre surtout le tissu élastique. Pourtant on n'observe pas de vergetures au scrotum soumis à des distensions parfois énormes et où le tissu élastique est particulièrement abondant. La distension joue un rôle manifeste dans la grossesse et pourtant, bien souvent, les vergetures apparaissent à une période où la distension est presque nulle. D'autre part, on la voit souvent manquer dans les ascites et dans les œdèmes même à marche rapide et avec une grande distension. Il me paraît admissible que les vergetures sont préparées par des modifications du derme encore inconnues. Dans ma communication à la Société des hôpitaux, j'ai posé, sans la résoudre, la question de savoir si les syphilides ne pourraient pas agir en ce sens, et c'est pourquoi j'ai conservé le terme de vergetures qui, à mon avis, offre l'avantage de ne rien préjuger.

M. *Legendre.* Dans le service de M. Grancher est entré, il y a trois mois, pour une pleurésie purulente considérable, un malade âgé de 13 ans. Depuis son séjour à l'hôpital, il a notablement grandi et il porte depuis trois semaines, au-dessus des genoux, des vergetures qui, d'abord violacées, ont pâli progressivement. Au niveau du thorax, il ne présente aucune vergeture.

Dans un autre cas, j'ai vu chez un malade atteint d'ostéite juxta-épiphysaire, des vergetures au-dessus des genoux et des coudes.

Je ne sais à quoi correspondent les vergetures thoraciques. Quant aux vergetures des membres, elles me paraissent nettement résulter d'une distension de la peau.

M. *Verchère*. Contrairement à l'opinion exprimée par M. Balzer, les vergetures du scrotum ne sont pas irréalisables. J'en ai observé des exemples chez des malades affectés de grosses hernies inguinales.

Suivant les régions, et selon les individus, la peau offre de grandes différences de résistance, différences qui expliquent l'apparition ou la non-apparition des vergetures dans des cas comparables ou identiques. *Les secrétaires des séances*,

A. Gilbert, M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique, par M. *P. Tillaux*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, T. I, 2e part., in-8, p. 385 à 720.

M. Tillaux décrit, dans ce second fascicule, les affections chirurgicales du rachis, du cou, des membres supérieurs et de la poitrine. On retrouve dans ces pages les qualités habituelles de l'auteur, une clarté parfaite de style et le résumé de sa vaste expérience personnelle. M. Tillaux, en effet, ne cherche jamais à faire *montre d'érudition*, il se borne à dire ce qu'il a vu et ce qu'il sait, et fait très peu de citations bibliographiques. Les nombreux élèves de M. Tillaux pourront avoir ainsi constamment sous les yeux l'exposé des leçons de leur maître et sans doute ils n'en demanderont pas davantage.

A. Chevallereau.

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées. Uréthrotomie interne, par le Dr *Reliquet*. Paris, Ad. Delahaye et Em. Lecrosnier, 1887.

A côté des accidents causés par le rétrécissement de l'urèthre, à côté des troubles de la miction résultant de la stricture uréthrale, il faut placer les inflammations de voisinage pouvant provenir du trouble de canalisation lui-même et aussi de la rétention du pus lorsque cette inflammation arrive à la suppuration. Donner issue à cette dernière est l'indication primordiale. M. Reliquet, dans deux cas des plus intéressants, montre qu'il ne suffit pas d'évacuer le pus par le périnée. Le rétrécissement uréthral joue un rôle dans l'inflammation de voisinage, dans les cas particuliers, dans les cowpérites observées; l'auteur conclut que lorsque les rétrécissements péniens se compliquent de cowpérites suppurées, le mélange dans l'urèthre, en arr ière

du rétrécissement, du pus et du produit des sécrétions de la glande malade avec l'urine, constitue un foyer d'infection pouvant provoquer les accidents généraux les plus grands, et que le seul moyen de remédier à cette cause de dangers sérieux, est de toujours commencer par faire l'uréthrotomie interne avant d'ouvrir la tuméfaction faite par les glandes malades au périnée; enfin qu'en soumettant l'urèthre et la vessie à l'antisepsie la plus minutieuse, la guérison s'obtient vite, sans accidents généraux et sans exposer le malade à une fistule de la glande de Méry simple ou à une fistule uréthrale non urinaire, souvent très difficiles à guérir.

D[r] F. Verchère.

VARIÉTÉS

—

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

« L'hygiène est moins une science qu'une vertu » disait J.-J. Rousseau; c'est qu'en effet jusque vers la fin du XVIII[e] siècle l'hygiène se réduisait à n'abuser de rien. Mais quelle différence entre l'hygiène en partie littéraire, historique et *astrologique* que le citoyen Tourtelle enseignait encore au commencement du siècle à Strasbourg et l'hygiène scientifique de nos jours. C'est maintenant une science sociale, vaste et féconde, « une science avivée qui demande à toutes les autres : à la physiologie, à la chimie, à la physique, à l'architecture, à l'art de l'ingénieur, à l'art vétérinaire, etc., des documents, des points de comparaison, des moyens de contrôle, et qui établit ensuite de toutes pièces, pour la conservation de la santé, pour la prolongation de l'existence, pour le développement normal de l'espèce, pour l'amélioration du sort des plus humbles et des plus pauvres, des règles positives dont plusieurs méritent d'être promulguées comme des lois. »

C'est pour étudier et discuter toutes les questions relatives à l'hygiène et à la médecine publique, c'est pour rechercher « la solution de toutes les questions d'hygiène et de salubrité, de médecine et de police sanitaire nationale et internationale, d'épidémiologie et de climatologie, d'hydrologie, d'hygiène des professions, de toutes les questions en un mot qui sont afférentes à la médecine sociale » que s'est fondée la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. Peu nombreux au début (ils n'étaient que huit) les adhérents de la nouvelle société se trouvaient bientôt une centaine pour approuver les statuts et, depuis la première séance régulière, le 27 juin 1877, ils n'ont fait qu'augmenter.

Actuellement la société compte : 39 membres honoraires ; 608 membres titulaires ; 21 correspondants nationaux ; 212 correspondants étrangers.

Elle entretient des relations scientifiques suivies avec la plupart des sociétés d'hygiène d'Europe, elle a été le berceau des principales sociétés d'hygiène de France. C'est elle qui, grâce au bienveillant concours du Conseil municipal et de l'Administration de la ville de Paris, a organisé en 1886, à la caserne Lobau, une exposition d'hygiène urbaine ; c'est elle qui, sur la proposition de Liouville et Laussedat, a organisé, en 1878, le second et non le moins brillant des congrès internationaux d'hygiène. Depuis, elle a été représentée dans tous les autres par un grand nombre de ses membres : à Turin, à Genève, à la Haye, à Vienne. Il n'y avait à ce dernier Congrès de Vienne que 58 Français, 53 étaient de ses membres.

D'ailleurs, l'intérêt de ses travaux, dont l'importante *Revue d'hygiène et de police sanitaire* du Dr Vallin, a beaucoup facilité la connaissance, tient à la variété des sujets traités et à la variété des compétences de leurs auteurs ; ça été en effet une préoccupation constante de cette société de faire appel à tous les savants : aux médecins, aux vétérinaires, aux chimistes, aux physiciens, aux météorologistes, aux ingénieurs, aux architectes, aux administrateurs, aux industriels, etc. Aussi, pour bien marquer cette tendance a-t-elle successivement mis à sa tête les représentants les plus autorisés de la plupart de ces sciences : Bouchardat, Gubler, E. Trélat, Bouley, J. Rochard, Brouardel, A. Wurtz, A. Proust, U. Trélat, Gariel, Léon Colin.

Si l'on se demandait, écrivent MM. Napias et A. Martin, quels résultats la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a obtenus depuis qu'elle existe, il serait facile de répondre que, indépendamment de ses travaux d'études qui, grâce à la presse, ont été souvent des actes de vulgarisation, elle a, en provoquant un mouvement dans le sentiment public, hâté la solution de diverses graves questions. La question d'une organisation générale de la médecine publique en France, qui nous tient si fort à cœur, est sur le grand chemin qui conduit à une solution législative, grâce au zèle éclairé de nos collègues MM. Siegfred et Chamberland, et il faut espérer qu'elle ne trouvera sur la route ni ornières ni fondrières. — D'ailleurs, nous ne sommes pas las de marcher à l'avant-garde du progrès hygiénique ; la Société de médecine publique sait bien qu'à chaque pas elle peut se heurter à des préjugés, à des ignorances, à des intérêts, à l'indifférence qui est la pire pierre d'achoppement ! mais elle n'en va pas moins d'un pas alerte et régulier, sûre d'arriver au but, parce que ses membres ont dans la poursuite de ce but la

tenace patience qui constitue une sorte de foi scientifique, et qui, elle aussi, soulève les montagnes. »

Telle est la société qui fêtait vendredi soir, sous la présidence de M. Léon Collin, le dixième anniversaire de sa fondation. — Un grand nombre de membres avaient tenu à assister à cette fête de famille, aussi a-t-elle été des plus brillantes. Citons au hasard parmi les présents MM. Siegfred, Chamberland, Labrousse, Dupuy, députés, Mayer et Levraud, conseillers municipaux, Ch. Monod, Ch. Risler, Brouardel, Proust, Grancher, Gariel, J. Rochard, Nocard, Leblanc, Vallin, Emile Trélat, Bonkowsky-Bey (de Constantinople), Legroux, Duguet, Pinard, Girard, Bouvard, Henrot (de Reims), Laurent (de Rouen), Dumesnil, Challan de Belval, H. Napias, A. J. Martin, Bezançon, quelques membres de la presse, J. Reinach, etc., etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890 (1).

Prix de l'Académie. — 1000 francs. — Question : « Des pelades »,

Prix Capuron. — 1000 francs. — Question : « De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier ».

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : « Des névrites ».

Prix Daudet. — 1000 francs. — Question : « De la leucémie ».

Prix Falret. — 1000 francs. — Question : « Des folies diathésiques ».

Prix Herpin (de Metz). — 1200 francs. — Question : « Traitement abortif de l'anthrax ».

Prix Lefèvre. — 1800 francs. — Question : « De la mélancolie ».

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs, — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Perron. — 3800 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 francs. — Question : « Du mal perforant ».

(1) Pour l'indication des prix proposés pour les années 1888 et 1889, V. *France médicale*, 4 janvier 1887, n° 2, p. 16 et suiv.

Par suite de la conversion du 4 1/2 en 3 0/0. les prix suivants se trouvent réduits :

Itard..........	rente 4 1/2	960	à	799 3 0/0
Civrieux.......	id.	1000	à	838 3 0/0
d'Argenteuil...	id.	1360	à	1132 3 0/0
Amussat......	id.	500	à	416 3 0/0

Prix Pourat. — 900 francs. — Question : « Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.

Pour les prix Amussat, Barbier, Buignet, Godard, Desportes, Laval, Monbinne, Oulmont, Stanski, Vernois, qui ne comportent pas d'indication de sujet spécial, les conditions sont les mêmes que les années précédentes.

Nota. — A l'avenir, les concours des prix de l'Académie de Médecine seront clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits très lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de Médecine.

NÉCROLOGIE

Le Dr Meyret, médecin-major de 1re classe au 118e de ligne, à Bergerac, victime d'un accident de voiture.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Les mutations suivantes ont lieu dans les divers services de chirurgie. M. Benjamin Anger passe de Lariboisière à Beaujon ; M. Marchand, de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. Peyrot, de Tenon à Saint-Antoine ; M. Reclus, de Bicêtre à Tenon ; M. Richelot, du Bureau central à Bicêtre.

Bureaux de bienfaisance. — Le concours est terminé. La liste des médecins *admissibles* vient d'être arrêtée. Ils sont au nombre de 40 : MM. les docteurs Decaudin, Mérigot de Treigny, Planteau, Dubief, Gény, Barbillion, Courtin, Plateau, Fournel, Monnet, Beucler, Marciguey, Bernard, Saison, Reuflet, Gougelet, Leroy Goureau, Geneix, Marey, Goldstein-Orval, Yvon, Godet, Bocquet, Jacquemart,

Alexandre, Bernheim, Weill, Binaut, Retaud, Thoumas, Savoye, Barbe, Veilleau, Braine, Dusseaud, Pastol, Petit (Léon), Rollin, Duron.

ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. Chamberland vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés un rapport au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de M. Siegfried et d'un grand nombre de ses collègues, relative à l'organisation de l'administration de la santé publique.

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — En réponse à une lettre adressée au Ministre de la guerre et le priant d'expliquer à nouveau le décret du 21 décembre 1886, mal interprété par une Société de secours aux blessés, M. le médecin principal de 1re classe, Dujardin-Beaumetz, chef du service de santé, a adressé à madame Kœklin Schwartz, la présidente de l'Union des Femmes de France, la lettre suivante :

Madame la Présidente,

L'article 6 du décret du 21 décembre 1886, portant réglement pour le fonctionnement générale de l'Union des Femmes de France, dispose que « les hommes appartenant à la réserve de l'armée territoriale peuvent « exceptionnellement, sur des autorisations nominatives données par le « Ministre de la guerre, être admis à faire partie du personnel employé « par l'Union des Femmes de France. »

Cet article ayant été compris de manières différentes, j'ai l'honneur de vous faire connaître que l'expression « hommes » vise exclusivement les hommes appelés à servir en qualité *d'hommes de troupe* et non les médecins et pharmaciens appartenant à la réserve de l'armée territoriale lesquels sont appelés, en cas de mobilisation, pour faire un service d'officiers.

Toute autre interprétation est évidemment erronée et aurait pour conséquence immédiate de désorganiser le service de santé de l'armée en le privant d'un nombre considérable d'officiers qui lui sont indispensables. Vous trouverez, sans aucun doute, des ressources suffisantes parmi les médecins dégagés de toutes les obligations du service militaire : tous tiendront à honneur de prendre part à l'action salutaire qu'est appelée à exercer l'Union des Femmes de France.

Il demeure d'ailleurs entendu qu'il y aura lieu de proposer seulement des hommes appartenant aux quatre plus anciennes classes de la réserve de l'armée territoriale pour faire partie du personnel de l'Union des Femmes de France, lorsque vous jugerez nécessaire de faire établir des propositions de cette nature à titre tout à fait exceptionnel.

NOUVELLES EXPÉRIENCES DE CRÉMATION AU CIMETIÈRE DU PÈRE LACHAISE. — Trois nouvelles expériences de crémation ont eu lieu jeudi dernier au cimetière du Père Lachaise : deux le matin, une dans l'après-midi. Nous avons assisté aux deux expériences du matin portant l'une sur le corps d'un homme, l'autre sur celui d'une femme. Elles ont complètement réussi. M. le Dr Chassaing, qui a fait les rapports sur la construction du crématoire, nous a annoncé que, à partir du 1er janvier, on soumettrait à la crémation les débris des corps qui ont servi aux étu-

des anatomiques conformément à un vœu ancien du Conseil municipal. Nous comptons sur son activité pour veiller à ce que l'Administration n'ajourne pas plus longtemps cette solution, si intéressante au point de vue de l'hygiène et qui constituera une expérience d'une valeur indiscutable. (*Progrès médical.*)

Société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris tiendra sa prochaine séance le jeudi 22 décembre, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 23, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour : 1° M. Paul Berbez : Épilepsie à aura intestinale les épilepsies partielles et le mal comitial; 2° M. Gilbert-Ballet : A propos de l'épilepsie vermineuse; 3° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La neuvième édition du manuel opératoire de Malgaigne, revue par le professeur Le Fort, vient de paraître. La première partie comprenant les *opérations générales*, est considérablement augmentée, et illustrée de nouvelles figures. M. Le Fort y a notamment ajouté une introduction très développée traitant *des théories microbiennes* et *des pansements antiseptiques*, et une partie nouvelle sur la *prothèse des membres*. — Tel qu'il est, cet ouvrage classique depuis plus de cinquante ans, et toujours au courant du progrès de la science, est indispensable aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants. La deuxième partie comprenant les *opérations spéciales* paraîtra dans le courant de l'année 1888 (l'ouvrage complet en 2 volumes 16 fr., Félix Alcan éditeur).

Librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier,

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par le Dr Duray-Comte, in 8°, 3 fr. 50.

Traumatisme et névropathie, par le Dr Bataille, 1 vol. in-8°, 4 fr.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le Dr Labadie-Lagrave médecins des hôpitaux, etc., tome X. Urologie clinique et maladies des reins, par Labadie-Lagrave, un fort volume in-8°, avec 43 fig. intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 18 fr.

Avis. Les tomes 1 à 5 sont en vente, le tome 6 paraîtra fin janvier.

De la rage paralytique, par le Dr Ygouf, in-8°, 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 150 Jeudi 22 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 21 décembre 1887.

La plus grande partie de cette séance de l'Académie de médecine a été consacrée à une discussion sur la pelade. Dans une précédente séance, M. Ollivier avait nié d'une façon presque absolue la contagion de la pelade et il avait protesté contre cette mesure, suivant lui trop rigoureuse, qui fait exclure des lycées, à une époque où souvent leur avenir se joue, des élèves atteints d'une affection aussi inoffensive et généralement due à une simple dystrophie nerveuse.

M. Hardy qui, avec Hillairet, est l'inspirateur des mesures actuellement suivies, proteste contre la doctrine de M. Ollivier et apporte un grand nombre de documents prouvant d'une façon irréfutable, suivant lui, la contagion de la pelade.

M. Ollivier croit que les faits cités par M. Hardy ne sont pas tous aussi probants qu'il le pense, ils ne prouvent pas que la pelade soit contagieuse en dehors des milieux dans lesquels elle a été contractée. Il reconnaît cependant que certains des exemples cités par son contradicteur lui donnent à réfléchir et, abandonnant une partie du terrain sur lequel il s'était cantonné, il avoue que la pelade peut être contagieuse quelquefois, mais très rarement, et pour atteindre un coupable, il serait injuste de frapper en même temps quatre-vingt-dix-neuf innocents.

Après diverses observations de MM. Besnier, Féréol et Bucquoy, la discussion a été remise à la prochaine séance.

Dans cette même séance, M. le professeur Demons (de Bordeaux) et M. le professeur Folet (de Lille) ont fait deux communications, le premier sur deux cas d'extirpation du larynx, terminés par la guérison, le second sur un cas d'atrophie testiculaire consécutive à la herniotomie chez un nouveau-né.

Signalons de même la lecture par M. le professeur Cornil d'une note sur la dissémination de la tuberculose par les mouches et par

M. le professeur Brouardel d'une note sur l'action physiologique de l'antipyrine.

L'Académie a renouvelé son bureau pour l'année 1888. M. Hérard, vice-président pendant l'année 1887, passe de droit président; M. Perrin a été nommé vice-président sans concurrent. M. Proust a été maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel. A. Ch.

Hopital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

—

Vergetures brachio-pectorales bilatérales consécutives à une affection thoracique unilatérale aiguë, probablement pleurétique. — Syphilides gommeuses limitées au thorax, du côté de la pleurésie.

Par A. Morel-Lavallée.
Chef de clinique à la Faculté.

Le nommé D... Ernest, 40 ans, tapissier, est entré le 9 juillet 1887 a l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier, pour une série de groupes éruptifs du type ulcéreux occupant la région thoracique gauche, surtout en arrière, et offrant l'aspect des syphilides gommeuses.

Le malade nie tout antécédent spécifique, mais l'aspect objectif est tel qu'on lui administre le traitement ioduré ; quelques jours après il quittait l'hôpital, ses lésions presque entièrement cicatrisées.

L'intérêt de cette observation repose sur ce fait que les groupes de syphilides gommeuses occupaient uniquement la région dorso-thoracique gauche. Or, trois mois avant, le malade avait été soigné dans un hôpital pour « une pleurésie gauche ». Il était, lors de son entrée à Saint-Louis, porteur de vergetures brachio-pectorales bilatérales dont il ignorait l'existence, et qui, par conséquent, n'avaient pas été remarquées lorsqu'on a dû l'examiner pour sa pleurésie ; c'étaient des stries atrophiques blanches, horizontales, situées en avant du grand pectoral et empiétant des deux côtés sur la partie supéro-antérieure des bras.

Il est donc très probable que ces « vergetures » sont consécutives à la pleurésie (1) récente, et leur bilatéralité en rend l'interpré-

(1) Nous sommes ici contraints d'accepter le diagnostic dû aux souvenirs du malade ; car nous n'avons rien trouvé chez lui qui nous permît de certifier qu'il eût eu telle ou telle affection thoracique récente : ni rétraction thoracique, ni atrophie musculaires, ni phénomène stéthoscopiques.

tation particulièrement intéressante. La localisation des syphilides tertiaires sur le côté gauche du thorax, devenu depuis peu un *locus minoris resistentiæ* était le fait qui avait surtout attiré l'attention dans le service ; les vergetures, que nous avons constatées nous-mêmes, ne sont pas l'objet, sur le registre de la *Clinique*, d'une description détaillée : mais nous nous rappelons fort bien leur configuration : c'étaient comme des hachures horizontales, partant de la ligne médio-sternale, mais s'accentuant surtout pour former la vergeture principale qui, franchissant le sommet de l'aisselle, venait de chaque côté empiéter de quelques centimètres sur les bras.

En arrière il n'existait aucune strie analogue ; on n'y voyait que les syphilides gommeuses localisées dans cette région.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1887. — *Présidence de* M. SAPPEY.

LA CORRESPONDANCE comprend une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant à l'Académie une série d'articles publiés dans l'*Union mercantile*, par le Dr Coutero, sur les inconvénients que lui paraissent présenter les inoculations antirabiques par la méthode de M. Pasteur (Comm. MM. Trasbot et Brouardel) ; 2° une lettre de M. le Dr Deroye (de Dijon), priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté relatif à un procédé de trachéotomie ; 3° une lettre de M. le Dr Bay (de Paris), adressant à l'Académie un pli cacheté sur un nouveau procédé pour le traitement électrolytique de l'urèthre avec dessin d'un nouvel appareil pour l'application de cette méthode ; 4° une lettre de M. le Dr Donatien Labbé, priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté sur les résultats physiologiques et cliniques des inhalations gazeuses dans le sang, dans la tuberculose pulmonaire ; 5° une lettre de M. le Dr Jablonski de Poitiers, prian l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant (1re division) ; 6° une lettre de M. le Dr Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant (2e division) ; 7° un travail manuscrit intitulé : des gommes syphilitiques, envoyé pour le prix Daudet ; 8° une lettre de M. le Dr de Saboïa, doyen de la Faculté de médecine de Rio Janeiro, se portant candidat, au titre de correspondant ; 9° une lettre de M. le Dr Huguenard, médecin major au 8e hussard, transmettant à l'Académie une observation manuscrite de psoïte suppurée d'origine palustre.

DISSÉMINATION DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE PAR LES MOUCHES. —

M. *Cornil* lit de la part de MM. *Spillmann* et *Haushalter*, de Nancy, une note manuscrite dans laquelle ces auteurs démontrent que le séjour des bacilles dans le corps desséché d'une mouche ou dans ses excréments n'altère en rien leur vitalité, qu'en un mot les mouches peuvent devenir des agents de transmission et de dissémination du bacille de la tuberculose. Il est donc de toute utilité, pour éviter cette dissémination soit sur place, soit sur des points éloignés des malades, de soustraire les produits de l'expectoration des tuberculeux à la voracité des mouches, soit en recueillant les crachats dans les vases clos, soit en les stérilisant par le contact de substances antiseptiques.

Action physiologique de l'antipyrine. — *M. Brouardel*, lit une courte note sur l'action physiologique de l'antipyrine. Etudiant l'action sur la fermentation, sur la germination et sur la putréfaction du sang, M. Brouardel conclut que l'antipyrine exerce une action antifermentescible, antigerminative et antiputrescible, même quand cette substance est employée à dose très faible.

Eloge de M. Bernutz. — M. *Féréol*, ancien élève de Bernutz, lit un éloge de son maître, éloge accueilli par de nombreux applaudissements.

Extirpation du larynx. Guérison. — M. *Demons* (de Bordeaux) dépose sur le bureau de l'Académie les observations détaillées de deux malades chez lesquels il a pratiqué l'extirpation du larynx pour des tumeurs épithéliales. Les malades, opérés en mai et en juin derniers, sont encore tous les deux en parfaite santé.

Contribution a l'étude de la herniotomie chez le nouveau-né. — M. *Folet*, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Lille, lit une contribution à l'étude de la herniotomie chez le nouveau-né. A propos de son opéré, âgé de 33 jours, l'un des trois plus jeunes parmi les observations publiées, il étudie les suites que peut avoir l'opération sur le testicule. Déjà Guyon et Féré avaient constaté, au cours d'une kélotomie infantile, une hématocèle funiculo-épidydimaire diffuse. Quoique rien de pareil n'eût été observé par M. Folet durant son opération, laquelle fut des plus aisées et des plus heureuses, il s'en suivit une atrophie complète du testicule. Huit mois plus tard, cet organe n'était plus représenté que par un petit noyau du volume d'un gros pois. Cette conséquence lointaine de la herniotomie chez l'enfant, résultat probable de la compression des vaisseaux funiculaires par la cicatrice opératoire, est importante à connaître et méritait d'être signalée.

Elections. — L'Académie procède à l'élection du vice-président pour 1888, M. Hérard, vice-président pendant l'année 1887, passant de droit président l'année suivante. M. Perrin est nommé par 61 voix, sur 63 votants.

M. *Perrin* se dit très honoré de la marque de confiance que l'Académie vient de lui donner; il fera tous ses efforts pour la justifier.

M. *Proust* est maintenu par acclamation dans les fonctions de secrétaire perpétuel.

L'Académie procède à l'élection de deux membres du conseil. Sont nommés MM. Charcot et Panas.

LA CONTAGION DE LA PELADE. — M. *Hardy*. L'Académie a entendu il y a quinze jours le plaidoyer de M. Ollivier pour les peladeux. Comme c'est en partie à son instigation que sont dues les mesures actuellement en vigueur, M. Hardy tient à apporter des arguments différents. M. Ollivier voudrait qu'on admît les peladeux dans les divers établissements d'instruction.

La pelade pour évoluer demande des conditions particulières; il y a donc de nombreux cas de non-contagion, mais il y a aussi de nombreux cas de contagion. Dans les collèges de Paris et dans d'autres, il y a eu de nombreuses épidémies de pelade. Dans un régiment, le 128ᵉ de ligne, en garnison à Montpellier, il y a eu cette année de nombreux cas de pelade qui ont été très bien exposés par le médecin-major de ce régiment, M. Coustan.

M. Hardy cite de même un grand nombre d'exemples de cas publiés et des cas de sa clientèle, entre autres, celui d'un monsieur qui avait fait soigner son domestique, atteint de pelade, par Cazenave, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis; Cazenave niait la contagion de la pelade, qu'il considérait comme une variété de vitiligo; le monsieur eut quelque temps après la pelade, assurément contractée de son domestique. Un médecin, dont M. Hardy ne dit pas le nom, a vu également la pelade survenir chez deux de ses petits malades, qui avaient joué à la campagne avec deux enfants de fermier atteints de pelade.

M. Coustan, à Montpellier, a cité des faits curieux de contagion par des patères. Des stagiaires militaires, en arrivant à la cantine pour prendre leurs repas, avaient l'habitude de placer leurs képis sur des patères, indistinctement sur l'une ou sur l'autre. Bientôt un certain nombre contractèrent la pelade, dont l'un d'eux était d'abord atteint. Du jour où chacun prit la résolution de mettre toujours son képi sur la même patère, les cas cessèrent d'augmenter.

M. Coustan cite encore cet exemple : Un homme, C..., est réformé pour cause de pelade. Son képi est versé par erreur au magasin et attribué à un jeune soldat, B..., qui peu après contracte la pelade. Il parle enfin du capitaine d'habillements qui, seul des officiers du régiment, fût atteint de pelade.

Depuis deux ans, il y a eu à l'hôpital Saint-Louis cinq médecins ou élèves atteints de pelade; deux anciens internes, qui continuent à

suivre les services de l'hôpital, un interne en exercice, un interne en pharmacie et même un chef de service, car la pelade ne respecte rien; et si M. Ollivier lui-même était resté à Saint-Louis, il aurait pu avoir la pelade, ce qui l'aurait peut-être fait changer d'avis au sujet de la contagion.

Il y a une autre série d'arguments, moins solides, il est vrai; on n'a pas trouvé le parasite de la pelade, mais cela ne prouve rien. M. Ollivier a cité des faits de chute des cheveux sur des espaces limités à la suite de sections nerveuses; le fait est exact, mais ne prouve par la non-contagion de la pelade. Bazin croyait à deux formes de pelade, l'une d'origine nerveuse et l'autre contagieuse, mais ces deux pelades ne peuvent nettement être distinguées l'une de l'autre, il faut donc les confondre dans la même réprobation.

M. Hardy rend pleine justice aux sentiments qui ont guidé M. Ollivier; mais il y a quelque chose de mieux que de prendre l'intérêt de quelques-uns, c'est de prendre l'intérêt de tout le monde.

M. Ollivier s'est soumis au jugement de l'Académie, M. Hardy fait de même et il espère que l'Académie maintiendra le règlement actuel.

M. *Ollivier* a fait rester dans un lycée des enfants atteints de pelade et il n'a jamais observé de contagion. Il a suivi 130 malades sans observer aucun cas de transmission. Quand les enfants doivent être exclus des lycées pour une maladie qui peut durer plus de deux ans, il faut réfléchir avant de briser ainsi leur carrière. M. Ollivier ne nie pas complètement d'ailleurs la contagion de la pelade; il la croit seulement très peu fréquente.

M. *Besnier* demande que la discussion soit remise à une séance ultérieure; il demande que d'abord, comme base de cette discussion, M. Ollivier apporte des conclusions fermes.

M. *Ollivier*. Les faits cités par M. Hardy ne sont pas aussi démonstratifs qu'il le croit, ou du moins ils démontrent seulement que la pelade est contagieuse dans certains milieux; par exemple des enfants peuvent contracter la pelade au lycée et ne pas la transmettre ensuite dans leurs familles. Il y a cependant dans les faits cités par M. Hardy quelques exemples qui l'ont frappé.

M. *Féréol* croit que la pelade n'est pas toujours contagieuse; il cite l'exemple d'un enfant de sa famille qui, longtemps atteint de pelade, ne l'a pas transmise aux enfants avec lesquels il se trouvait, malgré un contact continuel et de fréquents échanges de coiffures.

M. *Bucquoy* pense que, sans trancher la question de doctrine, chose bien difficile actuellement, il faut surtout indiquer les mesures à prendre pour empêcher le propagation de la pelade.

M. *Bergeron*, appuyant la proposition de M. Besnier, demande à

M. Ollivier d'apporter des conclusions fermes pour servir de base à la discussion dans la prochaine séance. Puisque M. Ollivier maintient des peladeux dans un lycée en leur faisant suivre certaines mesures prophylactiques, qu'il indique ces mesures, qu'il formule les propositions qu'il voudrait voir adopter.

La discussion est remise à la prochaine séance.

Eaux minérales. — M. *Planchon* lit, sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

—

Manuel de trachéotomie, par le Dr P. *Renault*, avec une préface du Dr Jules *Simon*. G. Steinheil, édit., Paris, 1887.

Ce livre n'était pas destiné à être publié ; et l'auteur trop modeste s'était contenté de jeter sur le papier les préceptes résultant de l'expérience qu'il avait acquise à l'hôpital Trousseau pendant son internat. La trachéotomie que l'on fait journellement dans les hôpitaux d'enfants ne se présente jamais avec la simplicité opératoire que semblent indiquer les descriptions magistrales. Il y a une foule de précautions élémentaires pour ceux qui ont l'habitude de la faire, une série de petits moyens, si j'ose ainsi parler, que peut seul décrire celui qui s'est trouvé aux prises avec les difficultés de la pratique, qui a su reconnaître les dangers et les moyens d'y remédier, qui a enfin la générosité d'enseigner aux autres par quels procédés simples on peut surmonter les obstacles.

Les indications de la trachéotomie sont d'ordre mécanique. Elle est destinée à combattre une asphyxie par obstruction de la glotte. A quel moment doit-on opérer? Tardivement, d'autant plus tard que l'état général est meilleur.

C'est le tirage, l'asphyxie menaçante, qui doit servir de guide. Il n'est jamais trop tard pour opérer, mais il faut se rappeler que l'opération *in extremis* est une opération de nécessité ; elle n'est pas un procédé de choix.

Les contre-indications formelles n'existent pas. Les circonstances sont plus ou moins défavorables, mais on est toujours autorisé à tenter un suprême moyen. L'opération est toujours excusable, elle n'est pas toujours commandée.

L'opération peut se faire lentement, comme la faisait Trousseau, rapidement en un temps comme le fait Saint-Germain, ou par un

procédé intermédiaire, procédé de l'index gauche (Jules Simon) auquel on rattache le nom de Bourdillat. Ce dernier a les qualités des deux précédents, la sûreté du premier, la rapidité du second, et en y ajoutant quelques modifications, en la soumettant à de véritables lois, M. Renault le décrit minutieusement. Sans en faire un procédé nouveau, c'est un assemblage des procédés existants, tels que l'opération en soit rendue plus facile et plus sûre tout en s'appliquant à tous les cas. Cette description doit être lue, les détails sont minutieusement donnés et elle doit être lue complètement par tous ceux qui voudront opérer sûrement.

Le chapitre suivant est, suivant nous, le plus important, il traite des fautes opératoires; chacun des temps est examiné et à chaque temps, les fautes que l'on peut commettre. L'étude des accidents immédiats est faite rapidement.

« Un chapitre de ce manuel, dit M. Jules Simon, à la préface duquel nous empruntons ce jugement, mérite encore une mention particulière, c'est celui consacré aux suites de l'opération; il fourmille de renseignements pratiques que je ne saurais trop recommander. Les soins de la canule, l'hygiène de l'opéré, les précautions à prendre pour éviter toute complication du côté de la plaie, ou du côté de l'appareil pulmonaire, y sont traités comme il convient. »

Enfin, dans un dernier chapitre, sont examinées les suites éloignées de la trachéotomie.

En terminant cette analyse, nous ne pouvons que remercier MM. Darier et Carron de la Carrière, qui, croyant ne remplir qu'un devoir pieux envers notre collègue prématurément enlevé à l'affection des siens, ont sauvé de l'oubli un manuel que la modestie de son auteur aurait laissé ignoré et dont les enseignements seront inappréciables à tous ceux qui sont appelés à pratiquer la trachéotomie, c'est-à-dire à tous les médecins. D[r] F. Verchère.

De la toux utérine, par le D[r] Paul *Müller* (thèse de doctorat, Paris, 1887, in-8, 88 pages, H. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs).

« La femme est un utérus avec des organes tout autour », disait récemment M. le professeur Peter, voulant exprimer par là la place énorme que cet organe, si petit pourtant, occupe chez la femme. Ne sait-on pas que les troubles les plus divers et parfois les plus éloignés, n'ont pas d'autre origine qu'un trouble des fonctions utérines, qu'une affection de l'utérus? Or, de tous les accidents d'origine utérine, la toux est certainement l'un des moins bien connus. Aussi, lira-t-on avec intérêt le travail que vient de lui consacrer le D[r] Müller.

Survenant dans les circonstances les plus diverses, la toux utérine

peut être soumise aux influences les plus variées, et se répètera fatalement chaque fois que la même influence se fera sentir. Chez certains malades, la cause sera purement physiologique, c'est ainsi que, dans une observation du Dr Müller, une petite toux sèche, quinteuse, et très fatigante, revenait depuis deux ans, huit jours avant chaque époque menstruelle. Chez d'autres, ce sera une cause pathologique, un déplacement de l'utérus, par exemple; témoin l'observation italienne de malachia de Cristoforis, où dans une antéversion la toux survient chaque fois que la malade est debout, et disparaît dans le décubitus dorsal ou lorsqu'on soutient l'utérus par un pessaire.

Quoi qu'il en soit, la pathogénie et la nature sont obscures. Faut-il la considérer comme une des nombreuses manifestations de l'hystérie? Non, dit le Dr Müller, car elle survient souvent chez des femmes qui n'ont jamais présenté d'accidents hystériques, et d'abord sa symptomatologie diffère de celle de la toux hystérique, décrite par Sydenham et Lasègue.

Toutefois, « le diagnostic en est presque impossible, si elle constitue le seul signe perçu par le médecin, et c'est dans ce cas qu'il est important de le différencier avec la tuberculose au début. Associée à d'autres symptômes réflexes utérins, elle perd toute valeur à ce point de vue. Le point essentiel du diagnostic est d'être prévenu de la possibilité de cette toux, pour ne pas oublier de rechercher les lésions utérines, si la toux n'est pas justifiée par une autre affection, ou est mal justifiée. »

Du reste, bien que la toux utérine soit rare, il est important de bien la connaître, car par sa ténacité elle peut puissamment contribuer à épuiser les malades, et si l'on ne pense pas à l'utérus, on peut s'exposer à perdre un temps précieux pour la thérapeutique. La toux utérine, en effet, ne cède que rarement aux moyens qui lui sont opposés directement, et ne disparaît qu'en même temps que la cause qui lui a donné naissance.

E. Deschamps.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Bande hémostatique du Dr Bazy.

Le Dr Bazy a fait construire par M. Vergne, fabricant d'instruments de chirurgie en gomme et en caoutchouc, une nouvelle bande hémostatique. Elle se présente sous la forme d'une large bande de caoutchouc portant à l'une de ses extrémités un crochet et à l'autre une chaîne.

Elle réunit les avantages du tube d'Esmarch et ceux de la bande de Nicaise sans en avoir les inconvénients.



Elle peut, comme le tube d'Esmarch, être parfaitement maintenue propre et aseptique, et conserve toute son élasticité.

Comme la bande de M. Nicaise, elle exerce la compression sur une surface suffisamment étendue pour qu'on n'ait pas à craindre les accidents qui pourraient survenir avec le tube d'Esmarch qui fait corde; enfin elle ne s'altère pas comme le fait la bande de Nicaise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 26 au 31 décembre 1887.

Lundi 26. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Ch. Richet, Remy, Chauffard. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Marc Sée, Reynier, Villejean. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 4e examen, doctorat ; MM. Hayem, Ollivier, Landouzy. — 5e exa-

men, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Guyon, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

Mardi 27. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Bouchard, Raymond, Brun. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Laboulbène, Fernet, Joffroy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Tarnier, Schwartz. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Troisier, Dieulafoy, Legroux. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Richet, Bouilly, Peyrot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Proust, Cornil, Quinquaud.

Mercredi 28. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Ollivier, Remy, Reynier. — 2e examen, doctorat (2e partie), (2e série) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, A. Robin. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Delens, Budin, Jalaguier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Joffroy.

NOUVELLES

—

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* Voici la liste des questions posées jusqu'ici à ce concours :

Anatomie. — Diaphragme. — Articulation du genou. — Artère fémorale et ses branches. — Articulation temporo-maxillaire. — Adducteurs de la cuisse. — Os coxal. — Muscles de la paroi abdominale antérieure. — Artère axillaire. — Articulation du coude. — Rapports du cœur. — Articulation tibio-tarsienne. — Muscles fessiers. — Artère poplitée. — Rapports du foie. — Veines du membre supérieur. — Crosse de l'aorte. — Maxillaire inférieur. — Articulation scapulo-humérale.

Pathologie. — Des fractures en général. — Rougeole. — Lavements. — Anthrax. — Saignée.

Inspection médicale des écoles. — Dans sa séance du 17 décembre dernier, le conseil municipal de Paris a pris, sur la proposition de M le Dr Levraud, la délibération suivante : une somme de vingt mille francs (20,000 fr.), destinée à assurer le fonctionnement du service d'inspection médicale dans les écoles primaires et maternelles communales de la ville de Paris, est mise à la disposition de l'Administration.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Alexandre Maloine, librairie médicale et littéraire,
91, boulevard Saint-Germain, 91
Près la Faculté de médecine, vis-à-vis la cour du Commerce.

Vient de paraître : **Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur.** Historique. Communications, Technique. Résultats par le Dr J.-R. Suzor. Ouvrage précédé d'une lettre autographe de M. Pasteur, in-8° avec figures. Prix : 5 francs.

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine,
place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome I, 2e fascicule. Colonne vertébrale. Cou. Membre supérieur. Poitrine. Un volume in-8° de 380 pages avec 81 figures. Prix : 6 francs.

Almanach-annuaire des médecins et pharmaciens de la France, de l'Algérie et des Colonies pour l'année 1887. Prix : 2 francs en souscrivant, hors Paris, 2 fr. 50 (franco). On ne paie qu'après réception.

On souscrit, dès à présent, chez M. Alcan Lévy, éditeur, 24, rue Chauchat, à Paris.

La neuvième édition du manuel opératoire de Malgaigne, *revue par le professeur* Le Fort, vient de paraître. La première partie comprenant les *opérations générales*, est considérablement augmentée, et illustrée de nouvelles figures. M. Le Fort y a notamment ajouté une introduction très développée traitant *des théories microbiennes* et *des pansements antiseptiques*, et une partie nouvelle sur la *prothèse des membres*. — Tel qu'il est, cet ouvrage classique depuis plus de cinquante ans, et toujours au courant du progrès de la science, est indispensable aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants. La deuxième partie comprenant les *opérations spéciales* paraîtra dans le courant de l'année 1888 (l'ouvrage complet en 2 volumes 16 fr., Félix Alcan éditeur).

Librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le Dr Labadie Lagrave médecins des hôpitaux, etc., tome X. Urologie clinique et maladies des reins, par Labadie-Lagrave, un fort volume in-8°, avec 43 fig. intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 18 fr.

Avis. Les tomes 1 à 5 sont en vente, le tome 6 paraîtra fin janvier.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

34e Année. — Tome II. N° 151 Samedi 24 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Note sur quelques formes et localisations de l'impétigo chez les enfants. (1)

Par le Dr G. Comby
Médecin des hôpitaux.

L'impétigo a été parfaitement décrit par les dermatologistes de toutes les écoles, Les espèces et les variétés cliniques de cette affection ont été minutieusement étudiées. On tend à simplifier aujourd'hui des descriptions qui ne reposent que sur l'objectivité des lésions, sans tenir un compte suffisant de l'étiologie et de la pathogénie. Les épithètes de *sparsa*, *diffusa*, *scabida*, *laxalis*, *granulata*, que Bateman et ses successeurs accolaient au mot *Impétigo* ont perdu toute faveur. Elles ne traduisent en effet que des particularités cliniques insignifiantes, elles ne jettent aucune lumière sur la nature et l'origine de la maladie.

Qu'est-ce que l'impétigo ?

Les anciens le définissaient : *une affection cutanée non contagieuse, caractérisée par l'éruption de petites pustules psydraciées* (2), *agglomérées ou discrètes qui, en se desséchant, forment des croûtes jaunes, rugueuses et épaisses.* Cette définition, muette sur la nature de la maladie, affirme la non-contagiosité de l'impétigo. Or, depuis les recherches de Kaposi, Tilbury Fox, Vidal, etc., on s'accorde à admettre une variété d'impétigo inoculable et contagieuse. Kaposi parle d'un champignon qui aurait été trouvé dans les pustules de cet impétigo ; c'est une étude à reprendre avec la technique plus parfaite dont on dispose aujourd'hui. Cependant on voit coexister souvent, chez le même enfant, toutes les variétés cliniques d'impétigo ; une simple

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

(2) William appelle *phlyzaciées* les pustules qui sont entourées d'un cercle inflammatoire (ecthyma), et *psydraciées* celles qui en sont dépourvues (impétigo).

irritation locale, la piqûre des poux de tête peut les reproduire au grand complet. A côté de l'impétigo granulata qui reste confiné au cuir chevelu et n'envahit pas les parties glabres, on verra des croûtes épaisses, humides et suintantes, qui agglutinent les cheveux et gagnent la face et le cou, ou bien des pustules qui s'inoculent de proche en proche ou à distance par l'intermédiaire des grattages. J'ai vu fréquemment, chez les enfants, des pustules isolées et disséminées sur la face et sur les mains ayant pour point de départ l'impétigo parasitaire du cuir chevelu. Il semble donc que la variété décrite sous le nom d'*impétigo contagiosa* puisse être la conséquence de l'irritation pédiculaire de la tête.

Mais l'impétigo existe souvent en dehors de cette influence locale, et l'observation conduit à en distinguer deux formes principales :

1° La première, à marche chronique, frappant les enfants mal propres, mal nourris, les scrofuleux, les arthritiques, et rentrant dans la classe mal définie et surannée des *gourmes ;* c'est *l'eczéma impétugineux* de plusieurs auteurs.

2° La seconde, à marche aiguë ou subaiguë, frappant les enfants de tout âge, de toute condition, de tout tempérament ; c'est l'*impétigo contigiosa.*

Cette classification très simple, très nette, semble répondre à la majorité des observations recueillies chez les enfants. Zit, dans un travail sur l'impétigo contagieux chez les enfants (1), distingue cette variété, dont il a relevé 40 cas en cinq ans, de l'eczéma impétigineux. Pour lui, c'est une maladie contagieuse et inoculable. M. Vidal, bien avant lui, avait obtenu des inoculations positives sur les porteurs de cette variété d'impétigo. Il suffit d'avoir observé quelques cas de cette maladie pour être convaincu de sa contagiosité et de son auto-inoculabilité. Un enfant porte à la face une ou deux pustules jaunes, arrondies, isolées, plus ou moins prurigineuses. Quelques jours plus tard cet enfant présentera une multiplication de ses pustules d'impétigo, non seulement à la face, mais aux mains et sur d'autres parties du corps. Ce sont les doigts qui, par suite de grattages, sont les agents de cette dissémination des pustules primitives ; les pustules de deuxième et de troisième génération sont dues à une véritable inoculation accidentelle. Outre ces exemples formels d'auto-inoculation, on verra des cas de contagion d'un enfant sain par un enfant malade. La clinique plaide donc en faveur de l'impétigo contagiosa et son existence est aujourd'hui généralement reconnue.

---

(1) Arch. f. kinderheilkunde. (Rev. des mal. de l'enfance, juin 1887).

Quant à l'autre espèce d'impétigo, elle diffère absolument de la précédente; loin d'être parasitaire, elle semble liée uniquement à un vice de la nutrition ; c'est une maladie humorale comme l'eczéma, avec lequel elle offre plus d'une analogie. Les *gourmes* des enfants s'observent en effet principalement chez ceux qui sont mal nourris, mal soignés, ou qui sont frappés d'une tare héréditaire. Il y a l'impétigo des enfants dyspeptiques, atteints de dilatation de l'estomac; il y a aussi l'impétigo des enfants scrofuleux et des enfants arthritiques. Chez les premiers, le retour à une bonne hygiène abrégera sensiblement la durée du mal ; chez les seconds, le mal prendra des racines et aboutira parfois à des lésions plus profondes et plus graves. Je ne poursuivrai pas plus loin les relations de ces éruptions impétigineuses avec les diathèses héréditaires et avec les dyspepsies acquises de la première enfance.

Je veux maintenant insister sur quelques localisations de l'impétigo aigu et contagieux des enfants. A l'âge qui nous occupe, les dermopathies sont très envahissantes et la guérison est souvent entravée par l'indocilité des sujets qui, malgré tous les efforts de leur entourage, portent incessamment les mains sur les parties qui sont le siège de la moindre douleur, de la moindre démangeaison Voilà pourquoi la dissémination de l'impétigo est si commune et ses localisations secondaires si diverses et si multiples.

De la face, où il prend habituellement naissance, l'impétigo s'étendra facilement aux cavités voisines et ses localisations sur les muqueuses ne sont pas les moins intéressantes. L'entrée des narines est souvent envahie, il en résulte un coryza plus ou moins tenace qui provoque l'irritation et l'engorgement de la lèvre supérieure. L'impétigo s'étend avec non moins de facilité à la conjonctive palpébrale, bulbaire et même à la cornée ; une conjonctivite et une kératite phlycténulaires peuvent en résulter. D'autres fois c'est le conduit auditif qui est envahi et l'otorrhée d'origine impétigineuse se montre. Enfin la stomatite compte au nombre des localisations les plus fréquentes de l'impétigo ; cette stomatite impétigineuse simule parfois, à s'y méprendre, la stomatite ulcéro-membraneuse de M. Bergeron. Elle rappelle aussi, par certains caractères, l'herpès de la bouche. Il n'est pas rare d'observer concurremment avec l'une ou l'autre des localisations muqueuses de l'impétigo, le panaris sous épidermique des phalangettes ou *tourniole* qui, dans bien des cas, n'est qu'une variété d'impétigo contagiosa.

Voici quelques observations sommaires destinées à mettre en relief toutes ces particularités cliniques :

I. *Impétigo de la face. Stomatite impétigineuse. Traitement par le chlorate de potasse.* — Le 7 septembre 1887 se présente au Dis-

pensaire un petit garçon de 20 mois, ne marchant pas encore (allaitement mixte), un peu rachitique, n'ayant que 8 dents. Depuis trois jours la mère a remarqué qu'il salivait beaucoup, elle a regardé dans la bouche et a vu des boutons. On constate aujourd'hui la présence de petites ulcérations d'un blanc grisâtre qui occupent la face interne des lèvres, les gencives, la langue, le palais; ces ulcérations très superficielles, peu étendues, irrégulières de forme, sont accompagnées de rougeur de la muqueuse, de salivation, de fétidité de l'haleine, et d'adénopathies sous maxillaires. Depuis hier, quatre pustules typiques d'impétigo se sont montrées sur la face cutanée des lèvres et sur le menton. Des lavages avec une solution de chlorate de potasse à 5 p. 100 sont faits six fois par jour; le 14 septembre la guérison est complète. Dans ce cas l'éruption a suivi une marche qui n'est pas habituelle; l'impétigo, qui va d'ordinaire de dehors en dedans, a procédé en sens inverse.

II. — *Impétigo de la commissure labiale. — Stomatite consécutive.* — Petite fille de 26 mois, observée le 28 septembre 1887 et jours suivants. Depuis plusieurs jours, pustules d'impétigo au niveau de la commissure labiale droite, formation de croûtes épaisses. Aujourd'hui salivation, fétidité de l'haleine, adénopathies sous maxillaires. L'examen de l'intérieur de la bouche révèle la présence sur la langue, les lèvres, le palais, d'ulcérations irrégulières, grisâtres, avec stomatite intense. Traitement par le chlorate de potasse. — Guérison.

III. *Impétigo de la face. — Stomatite ulcéreuse consécutive.* — Petit garçon de 11 mois, nourri au sein, présente une stomatite intense avec ulcérations superficielles, à contours irréguliers, sur la langue, la face interne des joues, la voûte palatine; ces ulcérations ont une couleur jaunâtre. Quelques jours auparavant l'enfant avait été atteint d'impétigo à la face, à l'entrée des narines et en dernier lieu, aux doigts. Il y a des croûtes jaunâtres sur la face et des pustules récentes d'impétigo sur les doigts. Guérison de la stomatite avec des badigeonnages de chlorate à 5 p. 100.

IV. — Garçon de 14 mois, atteint d'abord d'impétigo de la joue; quelques jours plus tard l'impétigo gagne les lèvres, puis les gencives qui présentent des ulcérations analogues à celles qui ont été décrites plus haut. Même traitement que dans le cas précédent.

V. — Une fillette de 7 ans, observée le 8 août 1887, habituellement bien portante, accuse depuis trois jours de l'anorexie, du malaise, de la fièvre. La langue est saburrale, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux à la pression. L'examen de la bouche montre une stomatite avec ulcérations des gencives

des joues, de la langue. Ces ulcérations ont les mêmes caractères que les ulcérations décrites précédemment.

De plus on remarque, sur la lèvre inférieure, à l'union de la muqueuse et de la peau, du côté gauche, une pustule jaune d'impétigo qui a succédé à la stomatite. La mère accuse la contagion scolaire. Traitement et guérison par le chlorate de potasse.

VI. — Garçon de 22 mois, observé le 17 août 1887, présente depuis cinq jours des ulcérations de la bouche et de la langue; depuis 2 jours seulement, pustules d'impétigo sur les commissures et le bord libre des lèvres. Dans ces deux derniers cas, comme dans l'obs. I, l'impétigo a procédé de dedans en dehors, contrairement à la règle.

Tels sont, bien imparfaits, bien abrégés, les traits de la stomatite impétigineuse ; on voit que c'est une maladie aiguë, sans gravité, analogue à la stomatite ulcéreuse de M. Bergeron, moins intense cependant. La présence de pustules récentes d'impétigo à la face, qu'elles aient précédé la stomatite ou qu'elles lui aient succédé, servira de caractéristique à la maladie. Toutefois, pour avoir la preuve qu'il s'agit bien d'impétigo de la bouche, il faudrait, avec une lancette ou une aiguille, inoculer sur la peau du visage la matière des ulcérations de la bouche. L'expérience, sans danger pour les malades, est aisément réalisable dans une salle d'hôpital, elle ne l'est pas au même degré dans une policlinique. Ce complément d'information manque aux observations que j'ai recueillies.

Voici quelques exemples d'autres localisations de l'impétigo :

VII. — *Impétigo de la face. Conjonctivite. Tourniole de l'index.* — Petit garçon de 4 ans atteint, depuis peu, d'impétigo de la face avec hypertrophie de la lèvre supérieure et pustules récentes sur la commissure labiale gauche. Du même côté existe une conjonctivite phlycténulaire et l'enfant porte, à l'index droit, une tourniole qui a succédé à l'impétigo de la face. Incision de ce panaris, collyre au sulfate de zinc sur l'œil, pommade boriquée à 1/10 sur lespustules ; guérison.

VIII. — *Tourniole du médius droit.* — *Pustules d'impétigo consécutives sur la main gauche et la face.* — Petit garçon de 2 ans observé le 21 novembre 1887 ; il y a trois semaines, la maladie a débuté par une tourniole du médius droit ; aujourd'hui la phalangette est entièrement dépouillée d'épiderme et l'ongle est tombé. Huit jours après le début de cette tourniole, une pustule s'est montrée sur le médius gauche et la mère a cru qu'une seconde tourniole allait se développer, mais la pustule s'est desséchée et a laissé une croûte qu'on voit encore. Puis des pustules d'impétigo se sont

déclarées sur le pouce, sur le petit doigt et sur le dos de la main gauche. Plus récemment, l'enfant, par suite de grattages, s'est inoculé trois pustules à la face (2 sur le front et une sur le menton) ; ces pustules aujourd'hui sont remplacées par des croûtes jaunes, arrondies, sans inflammation périphérique. L'enfant, qui tout d'abord avait de la fièvre, de l'anorexie, du malaise, va bien maintenant et tout indique que la maladie est terminée. Depuis huit jours aucune pustule nouvelle n'a pris naissance. Traitement par la pommade boriquée à 1/10.

Cette observation est un bel exemple d'impétigo aigu, d'impétigo contagiosa. Elle diffère de la précédente par ce fait que la *tourniole* ou impétigo de la phalangette, a été la première localisation de l'impétigo. Ce point de départ a été d'ailleurs très favorable à la dissémination ultérieure de l'éruption.

IX. — *Impétigo de la face. — Conjonctivite pustuleuse.* — Petit garçon de 16 mois portant, depuis 15 jours, un placard impétigineux sur la joue droite; il y a huit jours, rougeur de la conjonctive du même côté. On note actuellement, sur la conjonctive bulbaire droite, près de la cornée, trois petites pustules analogues à des grains de millet ; deux sont situées en dedans et la troisième en dehors de la cornée, injection vasculaire périphérique, pas de photophobie. Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent mitigé, collyre ou sulfate de zinc, guérison.

X. — *Impétigo de la lèvre supérieure et des ailes du nez. — Kératite.* — Petit garçon de 16 mois, atteint d'impétigo aigu de la lèvre supérieure et des ailes du nez ; consécutivement blépharite et aujourd'hui kératite phlycténulaire avec injection vasculaire intense et photophobie. Traitement par la pommade au précipité jaune à 1/20 ; guérison.

Il paraît certain, d'après ces observations, qui ne sont pas neuves et sans analogues dans la littérature médicale, que l'impétigo aigu ou *impétigo contagiosa* n'atteint pas seulement les surfaces cutanées et découvertes, mais envahit parfois les muqueuses avoisinantes et qu'il existe des variétés de stomatite, de conjonctivite, de kératite, de coryza, d'otorrhée d'origine impétigineuse. D'autre part la clinique semble démontrer que certains panaris superficiels des phalangettes (*panaris sous épidermique*, *tourniole*, *mal blanc*, *mal d'aventure*) sont de même nature que l'impétigo contagiosa.

Telles sont les principales localisations de l'impétigo infantile que j'avais voulu étudier.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

UNE OVARIOTOMIE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE. — Le Dr *Prengrueber*, chirurgien des hôpitaux, publie dans le *Bulletin médical* l'observation d'une hystérique chez laquelle il fit, le 25 juillet dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, une ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Pendant l'opération tout se passa d'une façon régulière, mais dans l'après-midi la malade devint agitée, voulut se lever et l'on eut beaucoup de peine à l'immobiliser dans un lit. Le lendemain, 26 juillet, elle est prise d'une grande attaque d'hystérie, son corps se plie en cercle. Cette attaque est suivie de plusieurs petites et la malade, revenue à elle, profite d'un moment où la surveillance dont elle est l'objet est relâchée pour « se lever, sortir de sa chambre, se promener dans le couloir, parcourir une distance de 19 mètres avant « qu'on ait pu la reconduire à son lit. Il n'y a pas trente heures que « l'opération est faite ! »

La nuit suivante, elle se lève à nouveau et va s'asseoir dans un fauteuil ; on la reconduit encore à son lit, mais cette fois, ce n'est pas sans peine, car elle lutte avec l'infirmière.

Le lendemain 27, la malade se lève une troisième fois malgré les efforts que l'on fait pour la retenir. Elle brutalise même l'infirmière préposée à sa garde, lui donne un soufflet, la saisit par le cou comme pour l'étrangler, sort de sa chambre, va à la cuisine, ouvre la porte et crie à la surveillante ébahie : « Coucou, me voilà ! » On se précipite, on la recouche. « Cette fois, quarante-huit heures après l'opération, elle a parcouru 25 mètres à pied et s'est livrée à un véritable exercice de pugilat. »

La nuit suivante est également très agitée.

Le lendemain 28, nouvelle grande attaque avec clownisme, après laquelle la malade descend pour la quatrième fois, sort de sa chambre et va s'asseoir dans le fauteuil d'une chambre à côté. C'est encore à grand'peine qu'on la remet dans son lit. Il va sans dire qu'en présence de ces excentricités, la question de la camisole de force avait été agitée ; nous y avions renoncé, persuadés que l'emploi de la violence, loin de calmer la malade, eût encore exagéré son agitation.

Le 29, au moment de la visite, la malade est calme, sa température est de 38°, elle n'éprouve aucun accident. M. Prengrueber défait alors le pansement et voici ce qu'il constate : Le ventre est souple, indolore, les points de sutures, qui fort heureusement étaient très rapprochés et faits avec des fils d'argent assez gros, ont parfaitement tenu.

En somme, l'état local est des plus satisfaisants ; notons cependant que la peau du ventre est recouverte, sous le pansement, d'énormes sudamina. La chaleur de ce pansement et la température élevée de l'atmosphère en sont les seules causes.

Les jours suivants, l'état mental de la malade paraît être redevenu normal ; elle reste dans son lit, calme et tranquille comme toutes les opérées dont les suites opératoires sont favorables, et si l'on excepte une attaque d'hystérie de force moyenne survenue le 31 juillet, on peut dire qu'il ne s'est produit aucun incident digne d'être signalé jusqu'au moment de la convalescence.

Cette observation fait le plus grand honneur à l'habileté de M. Prengrueber ; il n'en faudrait pas conclure qu'il soit désormais permis de faire courir la prétentaine aux malades après des opérations d'ovariotomie.

De l'action médicamenteuse a distance. — M. le professeur *Bernheim*, de Nancy, publie sur ce sujet, dans la *Revue de l'hypnotisme*, un article très judicieux dont nous reproduisons les conclusions. Après avoir fait diverses expériences avec des résultats absolument négatifs sur une jeune fille qui précisément lui avait été indiquée comme sensible à l'action des médicaments à distance, M. Bernheim voudrait voir entourer les expériences de plus de rigueur et il formule divers desiderata qui ne nous paraissent pas avoir été jusqu'ici suffisamment remplis :

« 1° Faire préparer, par une tierce personne qui n'assistera pas à l'expérience, une série de substances à actions nettement définies dans des flacons portant des numéros ;

2° Mettre sous enveloppe cachetée les noms des substances correspondant à chaque numéro ;

3° Chez les sujets déjà soumis à ces expériences, employer autant que possible des substances n'ayant pas été expérimentées chez eux pour éviter les coïncidences par rappel d'impressions ;

4° Inscrire tous les phénomènes, à mesure qu'il se manifestent pendant les expériences ;

5° N'ouvrir l'enveloppe que lorsque les expériences seront toutes terminées et que le sujet sera parti ;

Si, dans ces conditions, les phénomènes observés concordent avec l'action des substances expérimentées, il faudra bien admettre qu'il y a autre chose que la suggestion. »

Jusqu'à nouvel ordre on sera donc fortement autorisé à douter de l'existence de phénomènes qui jurent avec toutes les notions scientifiques acquises jusqu'ici.

A. Ch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *décembre* 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Des épanchements pleurétiques chez les femmes atteintes de kyste de l'ovaire. — M. *Demons* (de Bordeaux). On peut rencontrer ces épanchements dans deux conditions :

1° Chez les femmes atteintes de cancer de l'ovaire il existe alors des noyaux cancéreux dans le poumon, ou bien l'épanchement est d'origine cachectique.

2° Chez 50 femmes j'ai vu 10 fois un épanchement pleurétique, indépendant de tumeurs malignes ; chez les unes il existait des tumeurs très volumineuses, chez d'autres, il était de moyenne intensité.

Les unes souffraient beaucoup, d'autres peu ; la dyspnée existait dans quelques cas et m'a permis de soupçonner l'épanchement ; chez d'autres il fallait ausculter pour reconnaître ces épanchements.

La sérosité est citrine, claire et ressemble à celle des pleurésies ordinaires, ce n'est pas un hydrothorax : il est dû à une irritation de la plèvre.

Il peut être uni ou bilatéral.

Le côté de l'épanchement n'est pas en rapport avec le côté du kyste. Il faut donc, dans la pratique, reconnaître la signification de cet épanchement.

C'est sur la marche et les caractères habituels que ce diagnostic repose.

Faut-il soigner d'abord l'épanchement ou bien faut-il faire l'ovariotomie sans attendre la résolution ?

Persuadé que l'épanchement était la conséquence directe de la présence du kyste, je n'en ai pas tenu compte et ai fait l'ovariotomie, sauf dans les cas où il est très abondant. Il a toujours naturellement et rapidement disparu après l'ovariotomie.

M. *Terrier*. Les épanchements pleurétiques existent assez souvent. Je n'en ai pas vu une aussi grande proportion que M. Demons ; cela doit tenir à ce qu'il ausculte très soigneusement ses malades.

Je ne me suis intéressé qu'à ceux qui donnaient lieu à des accidents. Ces épanchements sont d'un pronostic sérieux.

Je ne les ai guère observés que dans des cas de généralisation de tumeurs.

Ils ont un pronostic sérieux, surtout quand ils donnent lieu à des troubles et se reproduisent facilement.

Ceux qui ne donnent lieu à aucun symptôme seraient aussi pour moi d'un pronostic sérieux. Aussi, ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils sont d'un pronostic bénin.

Je ne m'explique pas ces épanchements pleurétiques consécutifs à la présence de ces kystes. L'explication donnée par M. Demons ne me satisfait pas.

Notre collègue pense qu'il faut opérer quand le liquide est en petite quantité et qu'il n'est pas symptomatique d'un cancer.

Je crois qu'il faudra toujours opérer quels que soient les caractères de cet épanchement, car les malades n'y perdent rien.

M. *Bouilly*. Sur 28 ou 30 cas que j'ai opérés depuis l'année dernière, j'ai eu 2 cas d'épauchement abondant. Dans un cas, il s'agissait d'un vieux kyste chez une femme de 42 ans. L'épanchement ne diminuant pas sous l'influence du traitement, je fis l'opération. Dès les premiers jours après l'opération, l'épanchement se résorba.

Dernièrement, j'ai opéré une tumeur solide de l'ovaire avec ascite considérable et épanchement.

Je fis l'opération et l'épanchement se résorba très facilement; enfin, dans un cas de tumeur maligne de l'intestin avec ascite, il existait un épanchement pleural. Je le fis ponctionner dix fois dans un service de médecine, il se reproduisit complètement.

Je fis la laparotomie, qui fut simplement exploratrice et permit la simple évacuation de l'ascite. Or, l'épanchement pleurétique diminua beaucoup. Cette femme est morte et il n'y avait pas de cancer dans la plèvre.

De sorte que je ne suis pas de l'avis de M. Terrier. Mes faits le prouvent.

M. *Championnière*. Je n'ai pas vu d'épanchements volumineux comme ceux de M. Bouilly.

Ceux que j'ai vus m'ont paru d'un pronostic fort mauvais.

Dans ces cas, j'ai constaté un fait que je considère comme important. Il y a une diminution considérable de la quantité d'urine.

Dans ces cas, j'ai fait mesurer la quantité d'urée, je l'ai trouvée sensiblement au-dessous de la normale. L'observation de l'urine pourrait avoir une certaine importance et permettrait de distinguer les cas d'épanchement pleural avec tumeur maligne de ceux qui coexistent avec une tumeur bénigne.

M. *Terrillon*. Sur plus de 100 malades, je n'ai observé cette complication que trois fois, et dans deux cas, il s'agissait de tumeurs végétantes. J'ai un cas analogue à celui de M. Bouilly. Je fis la ponction de la plèvre, il sortit 2 litres de liquide. Je l'ai opérée, la malade a guéri et l'épanchement ne s'est pas reproduit.

De sorte que je suis d'avis qu'il y a deux variétés d'épanchement.

Je les crois moins fréquents que ne l'a dit M. Demons.

M. *Verneuil*. Nous devons enregistrer ces faits, mais non en donner l'explication.

Je crois que toutes les tumeurs de l'abdomen peuvent donner lieu à de l'épanchement pleural, il en est ainsi des petits kystes du foie.

Je vois en ce moment une dame atteinte de sarcome de l'utérus qui a un épanchement considérable.

Il y a des hydropisies dans les kystes moyens de l'ovaire, ce n'est donc pas le volume énorme qui cause ces épanchements ; cependant l'élément mécanique doit jouer un rôle, puisque l'ablation du kyste suffit à faire disparaître cet épanchement.

Je crois donc qu'il y a des hydropisies pleurales infectieuses, d'autres mécaniques.

Il faut donc attendre les faits pour donner une pathogénie.

M. *Demons*. Je crois que nous sommes tous d'accord pour dire qu'il y a deux variétés d'épanchement et qu'il est important de faire une distinction.

La question de thérapeutique ne nous divise pas.

SUR UNE NOUVELLE SÉRIE D'OVARIOTOMIES. — M. *Terrillon*. Sur 35 opérées, je n'ai perdu que 4 malades. Sur ces 35, les 20 dernières ont guéri, aucune n'est morte de péritonite ou d'infection. Ces 4 malades étaient dans un état grave et l'opération a été très laborieuse.

1° Une de ces malades (dont le kyste était énorme) avait de l'albuminurie, l'opération dura deux heures et fut très laborieuse. Mort d'épuisement.

2° La deuxième avait 61 ans, était très affaiblie, adhérences totales. L'opération dura une heure trois quarts. Mort le troisième jour d'épuisement.

3° La troisième avait 49 ans. Kyste énorme et tout à fait adhérent. Durée, une heure trois quarts. Mort après trente-six heures.

4° La quatrième avait 22 ans, le kyste était énorme ; l'opération fut incomplète ; la malade mourut cinq heures après.

L'opération n'a été tout à fait simple que dans 7 cas ; 8 étaient inclus dans le ligament large.

Il insiste ensuite sur les précautions antiseptiques à prendre.

Je suis en train d'éliminer les éponges et de les remplacer par des éponges végétales ou tissu éponge. J'insiste aussi sur le lavage du péritoine avec de l'eau filtrée et bouillie. Je n'ai eu qu'à m'en louer.

Je purge toujours mes malades dès le lendemain de l'opération ; surtout celles qui ont des renvois de gaz ou bien des coliques.

Cette méthode est bien préférable à celle qui consiste à donner de l'opium.

M. *Terrier*. Je n'ai pas fait le lavage du péritoine. Ce qui fait que je ne l'ai pas fait, c'est que j'ai pu parfaitement enlever les caillots avec des éponges.

Je ne puis pas accepter qu'une eau simplement bouillie soit absolu-

ment privée de germes et de spores. Le jour où je pourrai faire bouillir l'eau jusqu'à 120°, je ferai le lavage.

Quant à la question des purgatifs, je la juge d'une autre façon : quand les malades ont des vomissements, j'ai simplement donné des lavements.

M. *Championnière.* L'éponge n'est pas aussi malfaisante qu'on le dit. J'ai toujours employé l'éponge et je l'ai trouvée toujours suffisante.

M. *Pozzi.* Je les repousse parce qu'elles sont très difficiles à nettoyer, très dispendieuses.

Élection du bureau : Président : M. Polaillon. Vice-président : M. Le Dentu. 1er secrétaire : M. Monod. 2e secrétaire : M. Pozzi.

P. Bazy.

NOUVELLES

Intérêts professionnels. — Le tribunal civil de la Seine vient de décider que :

La cession d'une clientèle de médecin est licite en tant qu'elle oblige le cédant, d'après la convention à recommander son successeur à ses clients et à s'abstenir de l'exercice de sa profession au préjudice du cessionnaire.

Voici quelques uns des considérants relatifs à cette décision ;

Attendu que le Dr X... a, le 8 avril, 1886, cédé sa clientèle au Dr Z... et son droit au bail de l'appartement qu'il occupait ;

Attendu que cette cession est licite, en tant qu'elle oblige le cédant, d'après la convention, à recommander son successeur à ses clients, et à s'abstenir de l'exercice de sa profession au préjudice du cessionnaire:

Attendu que le Dr Z... ne précise aucun délit de fraude ou de dol qui aurait vicié le contrat ;

Qu'il ne peut utilement soutenir que la clientèle qui lui a été cédée n'appartenait pas au Dr X..., et était celle d'un autre médecin ;

Que le Dr X... justifie qu'il avait fait en 1884 les mêmes conventions avec un autre médecin, et qu'il n'a consenti aussi promptement sa cession au Dr Z... qu'à raison de sa nomination de médecin dans un asile d'aliénés ;

Attenduu que le Dr Z... a payé son prix à l'aide d'un transport d'une somme de 7,700 francs consenti au Dr X...

Ordonne que les sommes seront versées au Dr X...

Condamne Z... aux dépens.

Bulletin de la mortalité du 11 au 17 décembre 1887. — Fièvre typhoïde. 49 — Variole, 5. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 3 . — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56.

Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 58. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 58.

Bronchite aiguë et chronique, 58. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 77.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 41.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 186. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 954. — Résultat de la semaine précédente : 904.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 152 Mardi 27 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 26 décembre 1887.

Les sociétés de secours mutuels et les médecins.

Nous avons reçu récemment, comme tous nos confrères de Paris sans doute, une circulaire que nous nous reprocherions de laisser ignorée de ceux de nos confrères qui ont pu être moins favorisés que nous. Cette curieuse et précieuse circulaire porte comme titre : *Union médicale des sociétés de secours mutuels du département de la Seine*. Le contenu montre à quel point ce titre d'*Union médicale* se trouve justifié. Il s'agit de syndiquer ensemble les sociétés de secours mutuels du département, de façon à réduire autant que possible non seulement le nombre, mais surtout les émoluments de leurs médecins. Le département serait divisé en un certain nombre de circonscriptions possédant chacune un seul médecin. Dans cette circonscription le confrère aurait à répondre aux demandes de tous les sociétaires, quelle que fût leur société d'origine. Et cela pour quels émoluments ? Le voici.

« Art. 9. — Les honoraires des médecins sont réglés à l'abonnement. Le taux annuel de cet abonnement est uniformément fixé à 2 francs par sociétaire (homme ou femme), et à 1 fr. par enfant âgé de moins de seize ans (maximum à fixer pour les familles nombreuses). »

Cet article est plein de folles promesses et nous pouvons bien nous y arrêter un peu. Les statistiques recueillies au ministère de l'intérieur montrent que, pour les sociétés de secours mutuels composées d'adultes, la moyenne est de cinq visites par sociétaire et par an. Pour les enfants, cette moyenne serait certainement de beaucoup plus considérable. Souvent les parents, qui ne s'arrêtent pas parce qu'ils ne peuvent interrompre leur travail, prennent beaucoup plus soin de la santé de leurs enfants que de la leur propre, et ils déran-

gent le médecin avec d'autant plus de facilité que cela ne leur coûte rien. Tous ceux qui ont été médecins de sociétés de secours mutuels ou du bureau de bienfaisance ont pu rapidement acquérir sur ce point une large expérience. D'autre part les maladies sont toujours beaucoup plus communes chez les enfants que chez les grandes personnes. Cependant acceptons cette moyenne de cinq visites par an, pour les enfants comme pour les adultes. Il en résulte que chaque visite faite aux enfants de ces bienheureux sociétaires sera payée à peu près 20 centimes.

L'article 9 ajoute qu'un maximum sera fixé pour les familles nombreuses; c'est-à-dire que, dans les familles où il y aura quatre ou cinq enfants par exemple, le médecin devra accepter une réduction de son tarif à 75 ou à 50 centimes par an. Il n'aura que la faculté de compenser par la quantité la mauvaise qualité de ces visites.

Ce prix de deux sous par visite ne sera même pas toujours atteint : le *règlement médical* comporte des articles bien propres à réfréner l'ambition des médecins qui tenteraient pour se faire des rentes de spéculer sur les misères du pauvre peuple. « Les honoraires, dit ce règlement, seront réglés trimestriellement et par part en prenant pour base de l'abonnement annuel l'effectif de l'état des sociétaires fourni par le conseil au commencement de l'année ; » c'est-à-dire que tous les sociétaires qui viendront entre le 2 janvier et le 31 décembre se faire inscrire ou résider dans une circonscription nouvelle seront soignés d'une façon absolument gratuite par les médecins de cette circonscription. En effet, « les sociétaires changeant de domicile dans le cours d'une année auront droit aux soins du médecin de la circonscription qu'ils viendront habiter ».

Citons les derniers extraits du *règlement médical* dont on veut bien nous donner un aperçu : « Les médecins devront se rendre chez les sociétaires malades dans le plus bref délai possible ». On exigera probablement qu'ils aient leur voiture.

« Les médecins devront visiter les candidats », sans rétribution, bien entendu.

Enfin, « tout médecin malade ou absent devra se faire remplacer. En cas de démission, le président de l'Union devra être avisé trois mois à l'avance ».

Nous savions bien que, jusqu'ici, la plupart des sociétés de secours mutuels étaient basées sur la simple exploitation du médecin, que, dans toutes les associations prétendues philanthropiques, le seul homme réellement et sottement philanthrope était le médecin, et que lui seul faisait les pénibles et continuels sacrifices qui permettaient à l'association de subsister parce qu'il donne généreusement son temps et sa peine à des sociétaires dont le principal, sinon le seul but, est

d'avoir pour un prix infime les soins du médecin, mais jusqu'ici on n'avait pas encore affiché ces prétentions avec un pareil cynisme. Nous ne savons si les menuisiers, les bijoutiers et les cordonniers qui ont lancé le factum consentent eux-mêmes à travailler à des prix extrêmement réduits, à se contenter d'un salaire amèrement dérisoire pour apporter un peu de bien être dans les ménages de leur co-sociétaires, nous ne savons s'ils ont trouvé des boulangers qui leur cèdent le pain à un prix inférieur au prix de revient, des bouchers qui leur donnent leur viande et des tailleurs qui pour les habiller se contentent de l'honneur que leur vaudra ce dévouement à leurs semblables.

Nous doutons fort que l'on ait jamais fait à une autre profession que la nôtre l'injure d'apporter des offres aussi ridicules, mais, heureusement, ces grotesques propositions retomberont vite sur la tête de leurs auteurs. Le président de cette *Union médicale*, M. Dufour, dont le nom plein de promesses vaut à lui seul tout le programme, trouvera certainement des médecins mourant de faim pour consentir à faire ce métier dont ne voudrait pas le dernier des commissionsionnaires ; peut-être même en trouverait-il dans Paris un nombre suffisant pour établir autant de circonscriptions qu'il le juge convenable, mais ses sociétaires et lui s'apercevront bien vite qu'ils en auront pour leur argent. On ne pourra demander beaucoup de science et beaucoup d'enthousiasme au médecin obligé pour vivre d'accepter un métier pareil ; les pharmaciens qui auront souscrit à des conditions analogues sauront s'en tirer bien mieux que nous ; leurs potions ne feront pas grand mal et les malades en seront rapidement réduits par force à l'homœopathie la plus économique et la mieux entendue.

Une chose modère heureusement le développement des sociétés de secours mutuels, c'est que, le plus souvent, le sociétaire manque totalement de confiance dans le médecin de sa société et, lorsqu'il a quelque argent ou quelque affection grave, il va généralement en chercher un autre. Ici ce sera bien pis encore et les membres de « l'Union médicale » s'apercevront bientôt que le président, le vice-président et tous les membres de leur bureau, sous le masque d'une philanthropie de contrebande, les trompent absolument sur la nature et la qualité de la marchandise vendue.

A. CHEVALLEREAU.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Dr DESNOS

Fièvre typhoïde chez un homme âgé de 61 ans. — Rechute. Guérison.

Par I. BRUHL,
Interne des hôpitaux (1).

Nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Desnos, un malade dont l'histoire nous paraît assez intéressante pour vous être communiquée.

Il s'agit d'un nommé Clav... François, âgé de 61 ans, journalier, qui est entré le 1er août 1887, à la Charité (salle Saint-Félix, n° 16).

Cet homme, d'une robuste constitution, paraît exempt de toute tare héréditaire; marié et père de famille, il s'est abstenu de tous excès alcooliques. — Il était sujet aux migraines.

Il avait toujours joui d'une bonne santé, toussant un peu, de temps en temps, quand, il y a sept ans, il eut une bronchite assez tenace qui depuis s'est répétée de temps en temps et l'a obligé, il y a deux ans, à entrer à l'hôpital Saint-Louis. Cette bronchite n'avait nullement retenti sur son état général. Journalier de son métier, il était employé depuis assez longtemps dans une usine de produits chimiques : peut-être les vapeurs irritantes qu'il inhalait contribuaient-elles à entretenir sa toux.

En interrogeant le malade, il nous apprend que le début de son affection remonte à un mois. A cette époque, il aurait perdu l'appétit, se serait senti courbaturé, fatigué. Une sorte de langueur s'était emparée de lui, et il arrive à l'hôpital dans un état apathique très prononcé.

A son entrée le thermomètre marque 39°6 (température centrale.)

Au premier abord, nous songions à une pneumonie adynamique. mais l'auscultation et la percussion donnèrent des résultats négatifs à ce point de vue.

Le malade accuse une céphalalgie frontale, d'intensité moyenne, ne l'empêchant pas de dormir. Il n'a eu ni épistaxis, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles. — Dès son entrée, la langue est sèche, et tend à devenir fuligineuse. L'appétit est complètement perdu. Le ventre est légèrement ballonné, nullement douloureux. Cinq jours avant son entrée, la diarrhée s'était installée spontanément, et depuis, sans qu'il n'y eut rien d'excessif, on compte de 3 à 5 garde-robes liquides

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

par vingt-quatre heures. — En outre, le malade tousse, a une expectoration muco-purulente assez abondante, et accuse une certaine dyspnée. Cependant l'auscultation ne révèle que quelques râles humides aux deux bases.

L'idée d'une pneumonie étant écartée, on se trouvait en présence d'un tableau clinique qui se rapproche sensiblement de celui de la fièvre typhoïde ; mais, étant donné l'âge du malade, on le laisse en observation pendant quelques jours avant de s'arrêter au diagnostic de dothiénentérie. Cependant force fut bientôt de reconnaître que ce diagnostic s'imposait, en présence d'une courbe thermique régulière : le soir, la température était de 39°5, le matin de 38°8, (température centrale.) Dès le troisième jour, à partir de son entrée à l'hôpital, nous avons pu constater trois taches bien nettes sur l'abdomen du malade, et trois jours après, on en trouva encore quatre ou cinq, absolument caractéristiques.

La diarrhée persistait, modérée, le ventre était ballonné, la fosse iliaque droite gargouillait et était douloureuse à la pression ; la rate, légèrement hypertrophiée, donnait une matité dans une hauteur de douze centimètres.

Les urines étaient rares, colorées, mais ne contenaient pas d'albumine.

En dehors de ces symptômes abdominaux, le malade présentait un état typhoïde des plus prononcés, voisin de l'adynamie : la langue était sèche, et cette sécheresse de la bouche était une gêne pour le malade, qui s'en plaignait vivement. Il avait aussi de la pharyngite et de la laryngite : la gorge était rouge, la voix enrouée ; la déglutition à certains moments était pénible.

L'obtusion intellectuelle était assez prononcée ; le malade, hébété, répondait difficilement aux questions qu'on lui posait.

La maladie ainsi caractérisée ne permettait plus de mettre en doute le diagnostic de fièvre typhoïde. L'évolution de l'affection se fit normalement ; en quatre semaines, le malade était arrivé à l'apyrexie complète, et commençait à manger.

Pendant ce temps, on se trouvait en présence d'une courbe de fièvre continue, oscillant entre 38°,5 et 39°,5. Le pouls était lent, dicrote. — Le malade ne cessa pas de tousser ; les poumons ont toujours été l'objet d'une surveillance attentive, la maladie ayant tendance à revêtir la forme thoracique. Mais jamais on ne trouva que de gros râles muqueux aux deux bases et une expectoration de bronchite.

Le 24 août, la langue est encore sèche, mais elle est rouge, débarrassée de ses fuliginosités ; le malade se réveille, se sent mieux et

demande à manger. La bronchite s'est également amendée ; on ne trouve presque plus de râles dans la poitrine.

Le 29 août, on prescrit une alimentation légère, que l'on surveille avec soin. A partir de ce moment la convalescence s'effectue régulièrement sans accidents.

Le 21 septembre, après une convalescence de trois semaines, le malade part pour Vincennes, dans de très bonnes conditions.

Le lendemain de son arrivée à Vincennes, on fit venir tous les malades dans une vaste galerie, où ils furent exposés aux courants d'air, afin de les vacciner. Notre malade prend froid, et dès le lendemain se met à tousser. Les jours suivants, la fièvre reprend, la toux persiste, le malade a un peu de diarrhée; on l'envoie à l'infirmerie; mais son état général s'aggrave, et le 3 octobre, on le renvoie à la Charité dans le service de M. le Dr Desnos. A son arrivée, il a 39°; depuis plusieurs jours il a une diarrhée intense, de 8 à 10 garde-robes liquides, jaunes, fétides, par 24 heures, il tousse beaucoup, son expectoration est abondante.

Cette fois, on se trouve en présence d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, les taches rosées sont nombreuses, le ventre est ballonné, la fosse iliaque droite douloureuse, etc. L'auscultation des poumons révèle des râles de bronchite généralisée. Enfin le malade présente un état typhoïde des plus nets. M. Desnos fait le diagnostic de *rechute de fièvre typhoïde.*

Le 10 octobre, la température remonte, et le 11, elle atteint 40°,4. On constate à ce moment une dyspnée intense, avec un état profondément adynamique. La percussion dénote une submatité assez étendue à la base droite ; l'auscultation permet d'y constater un mélange de râles crépitants, sous-crépitants fins et du souffle tubaire : on se trouve donc en présence d'un foyer de broncho-pneumonie, qui a envahi tout le lobe inférieur du poumon droit. Heureusement ce foyer finit par se résoudre, et huit jours après, le malade entre en convalescence.

Cette convalescence est un peu longue, mais le malade finit par guérir; on le garde dans le service jusqu'à la fin du mois de novembre ; à cette époque, il quitte l'hôpital bien guéri.

Ce qui nous a engagés à publier cette observation, c'est d'abord la rareté relative de la fièvre typhoïde à cet âge de la vie : M. Josias, dans sa thèse inaugurale (1880), rapporte 4 observations personnelles et signale un certain nombre d'autres observations. — Il conclut en disant que la fièvre typhoïde des vieillards diffère de la forme commune par la moindre réaction de l'organisme. C'est aussi ce que nous avons pu constater dans ce cas. Cependant nous avons retrouvé chez notre malade presque tous les signes d'une fièvre typhoïde clas-

sique. La tendance à l'adynamie était des plus marquées; mais nous n'avons pas constaté d'hyperthermie notable. Toutefois pendant la rechute, lorsque sur la fièvre typhoïde s'est greffée une complication pulmonaire grave, nous avons vu la température atteindre 40°,4 (température centrale).

Le pronostic de la fièvre typhoïde à cet âge est généralement très grave : souvent les malades succombent, c'est ce qui explique la rareté des rechutes. Ici la rechute était des plus nettes, quoiqu'un peu tardive ; elle s'est caractérisée comme une véritable réédition de l'affection primitive.

Enfin, nous avons cherché à trouver le mode de transmission de la fièvre typhoïde chez notre homme. Il habite Paris depuis longtemps ; son logement n'est pas insalubre. Mais il travaillait dans une usine au Point-du-Jour, au milieu de vapeurs irritantes, et souvent il lui arrivait de boire de l'eau de Seine pour calmer la sécheresse de la gorge.

L'immunité que peut conférer une fièvre typhoïde antérieure lui ayant fait défaut, on pourrait peut-être trouver la cause de l'infection dans l'ingestion d'eau de Seine.

MÉDECINE

Pathologie de l'urticaire hydatique,

PAR M. LE Dr DEBOVE,
Médecin des hôpitaux (1).

Chez les malades atteints de kyste hydatique, soit à la suite d'une ponction, soit lorsque le kyste s'ouvre spontanément dans le péritoine, il survient fréquemment une éruption d'urticaire : diverses théories ont été émises pour l'expliquer ; la plus vraisemblable est celle qui en fait une urticaire toxique ; nos expériences démontrent la vérité de cette théorie.

Par une ponction faite dans un but thérapeutique nous avons extrait, chez une malade atteinte de kyste hydatique du foie, 500 grammes de liquide transparent, non albumineux, contenant des hydatides. Ce liquide étant filtré, nous en avons injecté trois seringues de Pravaz, en trois points différents, sous la peau du ventre de trois sujets qui n'avaient jamais eu d'éruption ortiée :

Le premier sujet ne présenta rien de particulier.

(1) Note présentée par le professeur Bouchard à l'Académie des sciences.

Le deuxième sujet eut une éruption ortiée qui fut locale, c'est-à-dire que, dix minutes après l'injection, il présenta trois grandes plaques d'urticaire papuleuse aux points où les injections avaient été faites. La piqûre correspondait au centre de la papule. Cette éruption disparut au bout d'une heure.

Le troisième sujet eut, comme le deuxième, une éruption locale; mais, en outre, il apparut, vingt minutes après l'injection, quatre grandes plaques d'urticaire papuleuse, à la partie postérieure du tronc; elles persistèrent une heure. Six heures plus tard (sans nouvelle injection), il se fit une éruption caractéristique et confluente d'urticaire sur la partie antérieure des bras et des avant-bras.

Ces expériences nous paraissent démontrer le rôle joué par la résorption du liquide hydatique dans le développement de l'urticaire. Elles montrent encore que tous les individus ne sont pas également susceptibles, puisque le premier sujet n'eut aucun accident.

Le second sujet eut une urticaire locale. Il est probable que l'absorption du liquide hydatique l'a prédisposé à l'urticaire; mais, ce liquide étant en petite quantité, elle s'est produite seulement au point où est venu se surajouter une cause locale.

Le troisième sujet a eu deux éruptions, l'une locale, l'autre générale, et cette dernière s'est faite en deux temps. Cette particularité mérite d'être relevée.

Chez les malades, en effet, atteints de kystes du foie et ponctionnés, on peut voir apparaître plusieurs éruptions successives; théoriquement, elles sont attribuées à la pénétration de nouvelles quantités de liquide hydatique dans la cavité péritonéale. Il n'en est rien, puisque, dans notre expérience, une seule injection a produit deux poussées éruptives, n'ayant pas le même siège et qui se sont produites à six heures d'intervalle.

L'ensemble de ces expériences nous paraît démontrer que l'urticaire hydatique est le résultat d'une auto-intoxication et que les divers sujets y sont inégalement prédisposés.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 24 novembre 1887. — Présidence de M. Bouchard.

M. *Comby* fait une communication sur quelques formes et localisations de l'Impetigo chez les enfants. (*V. France méd.*, n° 15).

M. *Hallopeau.* Je ne sais si l'on peut admettre sans conteste les observations de M. Comby. Les éruptions buccales et labiales ne peuvent-elles pas être rapportées à de l'herpès de ces régions. Il est

une éruption pustuleuse qui ressemble à l'impetigo et dont la coïncidence avec la tourniole est fréquente, c'est l'ecthyma et c'est peut-être à cette affection que M. Comby a eu affaire dans une de ses observations. Enfin il ne faut pas oublier qu'il est facile d'expliquer par le terrain scrofuleux sur lequel se développe l'impetigo, la coexistence de kératites et de blépharites signalée par l'auteur.

M. *Comby*. Il existe certainement des stomatiques herpétiques et la confusion serait possible si dans les cas que je rapporte il n'existait en même temps des éléments éruptifs impetigineux neufs du côté de la peau, au lieu des vésicules herpétiques labiales ou de l'angine herpétique qui coïncide ordinairement avec la stomatite de même nature, à la deuxième objection de M. Hallopeau, je répondrai qu'il est facile de différencier une éruption impétigineuse d'une éruption d'ecthyma. La pustule de cette dernière est entourée d'un cercle rouge, elle s'étend plus profondément. La pustule d'impetigo est plus superficielle et non entourée d'un cercle rouge. Je ne suis d'ailleurs pas le premier à signaler cette coïncidence de la tourniole et de l'impetigo. Enfin sur le troisième point je ferai observer que je n'ai eu en vue dans les faits que j'ai rapportés que l'impetigo aigu contagieux et non l'impetigo scrofuleux diathésique.

M. *Bouchard*. La coïncidence de l'impetigo et de la tourniole est chose admise, je crois, à l'heure actuelle. Il resterait une dernière démonstration à faire, ce serait de prouver l'identité du micro-organisme de la tourniole et de l'impetigo.

M. *Hallopeau*. Lustgarten en 1884 a isolé un coccus de l'impetigo : des frictions faites sur lui-même avec le liquide de culture donnèrent lieu à une éruption vésiculeuse sans caractère bien tranché.

M. *Ballet* fait une communication sur les stigmates psychiques de la dégénérescence nerveuse.

M. *Ruault*. Depuis la communication de M. Boucheron, M. Lannois de Lyon a fait un mémoire sur le sujet qui nous occupe et est arrivé à des conclusions identiques. M. Lasègue disait également qu'un homme ayant une affection auriculaire pouvait avoir des bruits et des bourdonnements. Si cet homme fait de ces bruits des mots et des paroles, c'est un prédisposé, s'il attribue ces paroles à quelqu'un, s'il croit à des menaces à lui adressées par un ennemi, par exemple, c'est un aliéné.

M. *Ballet*. Il ne faudrait pas croire du reste qu'il y ait une différence énorme entre le dégénéré et l'aliéné. Le dégénéré nerveux peut devenir demain un aliéné et présenter sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque tous les symptômes de la manie caractérisée.

M. *Bouchard*. L'interprétation de M. Ballet me semble très légi-

time. Mais s'il n'y a pas d'hallucinations systématisées dans les affections de l'oreille sans prédisposition nerveuse, n'y a-t-il pas cependant du vertige, de l'épilepsie d'origine auriculaire. Je comprendrais difficilement qu'il en fût autrement; l'irritation d'un nerf périphérique, du trijumeau, ne peut-elle pas donner lieu à des accidents épileptiformes ? Ne voit-on pas des accidents convulsifs se produire chez les enfants à l'occasion d'une épingle qui a traversé les langes, d'un tœnia ou de vers intestinaux dont la disparition fait aussi disparaître les accidents ?

M. *Ballet*. Je voudrais laisser de côté les enfants qui ont des convulsions à propos de causes légères. Posons la question ainsi : chez un adulte une cause périphérique peut-elle déterminer des accidents épileptiformes sur un terrain non prédisposé ? Je ne le crois pas. Non que je refuse toute influence aux causes périphériques, mais je crois qu'elles ne jouent que le rôle de causes occasionnelles. J'ai par devant moi vingt observations d'épilepsie par tœnia. Dans quelques cas, à la suite de l'administration d'un tœnicide, les malades sont restés épileptiques, bien que le tœnia ait disparu. Ces individus étaient des prédisposés; le tœnia n'a été que la cause occasionnelle qui a fait éclater les accidents.

Les secrétaires des séances.
A. Gilbert et M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

Traumatisme et névropathie, par le Dr *Ch. Bataille*. (Thèse de Paris, 1887. Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.)

Les états constitutionnels ont une influence considérable dans la manière de réagir de l'organisme sous l'atteinte de l'organisme. Cette vérité à la démonstration de laquelle M. le professeur Verneuil a consacré tant d'années et tant de talent se fait jour de plus en plus, et, dans chaque branche des études médicales, dans chaque spécialisation de la pathologie, les preuves s'accumulent chaque jour.

M. Bataille, élève de M. Charcot, vient, après d'autres auteurs, élèves aussi du même maître, Berbez, Ferré, Renard, Klein, etc., de publier un travail qui tend à montrer que toute manifestation de la diathèse chez un névropathe peut survenir ou être aggravée à la suite d'un traumatisme. La paralysie générale, l'ataxie locomotrice, l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'éclampsie, la chorée, l'hystérie, la paralysie agitante peuvent être provoquées par le traumatisme, agissant comme cause occasionnelle chez un individu dont la prédisposition peut être démontrée par l'étude de ses antécédents. Certaines

névralgies, paralysies, contractures, traumatiques, ne sont quelquefois que des manifestations d'un état névropathique, le plus souvent l'hystérie.

Le tétanos est encore en discussion et il nous est difficile de trancher la question. M. Bataille ne donne que trois observations où des troubles nerveux se sont rencontrés chez des individus morts de tétanos après une blessure et ce ne sont pas des preuves suffisantes pour entrer en ligne de compte en opposition avec celles que l'on rassemble actuellement pour démontrer la spécificité du tétanos.

L'influence des névropathies, sauf de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale, sur les lésions traumatiques, est très problématique.

Malgré l'action du traumatisme sur les névropathies, elle ne doit pas être une contre-indication opératoire. Enfin, quand la névropathie apparaît chez un individu qui a des antécédents, le rôle du traumatisme semble être celui d'un excitant qui met en action un état diathésique. Il peut être comparé au rôle de la fièvre, de l'émotion, de la lésion viscérale que l'on constate quelquefois à l'origine de la névropathie. La doctrine suivant laquelle l'étiologie des affections nerveuses est dominée par les lois de l'hérédité ou, plus généralement, par les lois de la dégénérescence reste donc entière.

Telles sont, en résumé, les conclusions auxquelles conduit la lecture de la thèse intéressante de M. Bataille, qui a su faire d'un sujet encore à l'étude un travail consciencieux et personnel.

Dr F. Verchère

NÉCROLOGIE

Le Dr Laffont, médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement.

Le Dr Rulle, tué à coups de révolver par son domestique dans sa propriété de Mansourah (Alger).

Le Dr Gilberton-Dubreuil, de Courbevoie (Seine).

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Suite des questions posées :

Anatomie : Veines du membre inférieur.

Pathologie : Symptômes et diagnostic de la pneumonie lobaire aiguë. — Des brûlures.

— *Concours des prix de l'internat* (Médaille d'or et bourse du voyage).

L'épreuve orale a eu lieu mercredi dernier, à la Charité, sur cette question : *De l'hématocèle vaginale.*

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 16 décembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — 2e corps d'armée. — M. Lenoël, médecin aide-major de première classe, professeur suppléant à l'École de médecine d'Amiens.

3e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Letulle, médecin des hôpitaux de Paris ; Lerefait, médecin adjoint des hôpitaux de Rouen.

6e corps d'armée. — M. Berbez, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

10e corps d'armée. — M. Hartmann, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur d'anatomie à la Faculté de Paris.

14e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Augagneur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; Audry, médecin de Lyon ; Comte, chirurgien adjoint de l'hôpital de Grenoble ; Porteret, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Blanc, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon ; Giraud chef de clinique a l'École de médecine de Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Par arrêté ministériel du 23 novembre 1887, M. Piéchaud, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, est chargé, en outre, à la dite Faculté, pendant l'année scolaire 1887-88, d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

— M. le Dr Piéchaud vient d'être également nommé médecin-adjoint de l'Institution nationale des Sourdes-Muettes.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, la chaire de zoologie de la Faculté des sciences de Lille est déclarée vacante.

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, dans sa séance du 23 décembre, a adopté un projet de décret relatif aux programmes des concours pour les emplois de suppléant de pharmacie et de matière médicale dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie. En vertu de ce décret, la leçon de chimie est remplacée par une leçon de matière médicale.

MONTREAL COLLEGE OF PHARMACY. — Les élèves canadiens-français suivant les cours de cette institution ont obtenus du conseil de l'Association pharmaceutique que les cours leurs soient donnés par des professeurs parlant le français et que les examens soient également faits en français.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

34e Année. — Tome II. N° 153 Jeudi 29 Décembre 1887

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 28 décembre 1887.

L'Académie est revenue hier à la question de la pelade, mais sans prendre aucune décision ferme; il ne semble pas d'ailleurs que l'on doive en prendre de si tôt, au moins au point de vue théorique; il faudra de nouvelles et nombreuses recherches pour arriver à distinguer les diverses sortes de pelade et à discerner les formes contagieuses de celles qui ne le sont pas. Au point de vue pratique, on est peut-être plus avancé. M. Ollivier a formulé dès hier des propositions dont l'esprit au moins paraît devoir être adopté par l'Académie. La compagnie a nommé d'ailleurs une commission chargée d'étudier à nouveau cette question et de formuler une sorte de code des précautions à prendre pour sauvegarder à la fois l'intérêt général et l'intérêt des enfants atteints de pelade, dont l'avenir serait absolument compromis s'ils étaient écartés du lycée pendant trop longtemps.

M. Ollivier, qui, hier, a peu quitté la tribune, a lu la réponse à une lettre par laquelle le ministre demandait, le mois dernier, s'il y avait lieu de modifier la durée pendant laquelle les enfants atteints de maladies contagieuses devaient être tenus écartés de l'école. M. Ollivier a conservé les périodes énoncées dans le précédent rapport d'Hillairet, sauf toutefois en ce qui concerne la rougeole ; pour celle-ci une période d'isolement de vingt-cinq jours paraît suffisante, la contagion étant beaucoup moins manifeste à la fin, pendant la desquamation, qu'au début, pendant l'invasion.

M. René Blache a fait une communication sur l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal, et M. Legroux sur le traitement de la chorée par l'antipyrine. L'honorable médecin de l'hôpital Trousseau, dans les six observations qu'il cite à l'Académie, a guéri radicalement et sans récidive la coqueluche en un espace de six à vingt-sept jours,

au lieu de 67 jours d'après M. Germain Sée et de 90 jours d'après M. Cadet-Gassicourt que dure en moyenne cette maladie.

On se demande où vont s'arrêter les succès de l'antipyrine ; il est bien regrettable que ce produit reste une spécialité pharmaceutique, un médicament breveté, et qu'en soulageant nos malades, nous soyons en même temps obligés de faire la fortune d'industriels étrangers.

A. CH.

Fracture du rocher par arme à feu. — Paralysie faciale. — Hémorrhagies abondantes. — Ligature de la carotide. — Surdité tardive. — Guérison (1).

Par le Dr R. Le Clerc (de Saint-Malo).
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 2 avril 1879, on amenait à la Maison de santé, vers deux heures et demie du matin, le nommé S. Sch. âgé de 25 ans, d'origine hollandaise, exerçant la profession de courtier en diamants. A la suite d'une erreur de chiffres, ce jeune homme était accusé d'avoir détourné 25,000 francs. Blessé dans son honneur, il se tirait un coup de révolver dans la bouche, le mardi 1er avril, à 10 heures du soir.

S. se présente à nous dans l'état suivant : visage très pâle, hébétude du regard ; la joue droite est tuméfiée, douloureuse, recouverte de sang venant de l'oreille, car le conduit auditif est plein de sang. En examinant la bouche on constate que le pilier antérieur droit est tuméfié et qu'il existe, à l'union de la voûte palatine et du voile du palais, un point brunâtre du diamètre d'une pièce de 20 centimes. A ce niveau, existe une solution de continuité arrondie, à bords mâchés. On peut aisément introduire une sonde cannelée par la plaie et la faire pénétrer obliquement en haut, à droite et en arrière. Grâce à cette manœuvre, M. Cruveilhier croit sentir profondément un corps dur et résistant.

Le voile du palais est très augmenté de volume, surtout dans sa moitié latérale droite.

Les mouvements de déglutition ne s'accomplissent qu'au prix de vives douleurs. De plus, et à l'occasion de ces mouvements, on voit un sang rutilant sortir en assez grande abondance par le conduit auditif.

Disparition des plis du front à droite.

Epiphora. Lagophthalmos.

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

Déviation de la bouche, sans abaissement très marqué de la commissure droite.

La langue et le voile du palais sont dans leur position normale, sans le moindre déplacement.

Conservation de l'ouïe du côté lésé.

L'exploration du trajet de la balle, à l'aide de l'appareil Trouvé, ne donne aucun résultat. *A priori*, le diagnostic pouvait se formuler ainsi : Fracture du rocher. Lésion du nerf facial.

Le 3. Ecoulement continuel de sang par l'oreille. Mouvements de déglutition un peu moins embarrassés.

Le 5. Ecchymose au niveau de maxillaire supérieur droit; pas d'ecchymose mastoïdienne.

Ecoulement de sérosité sanguinolente par l'oreille droite.

Le 7. Luette énorme, ecchymosée.

Le 12. Persistance de l'écoulement séro-sanguin par le conduit auditif.

Dans la nuit du 13 au 14, vers trois heures, légère hémorrhagie par le nez et la bouche. La nuit suivante et à peu près à la même heure, survient une hémorrhagie abondante qui avait été annoncée par une petite perte de sang, à onze heures et demie du soir. La quantité de sang perdu au milieu de la nuit et recueilli en majeure partie est de 1325 grammes (caillot et sérum). L'hémorrhagie continue, très atténuée à la vérité, dans la journée du 15.

Le 17. Pendant la nuit, nouveau raptus sanguin pouvant être évalué à 1080 grammes. A 9 h. 1/2 du matin, hémorrhagie de 500 grammes.

En résumé, depuis le 15, à 3 heures du matin, jusqu'à la visite du 17 (9 h. 1/2) notre malade avait perdu 2 kil. 905 grammes de sang. Je laisse de côté deux hémorrhagies du 14 (3 heures du matin, 11 h. 1/2 du soir) plus l'écoulement persistant dans la journée du 15.

En présence de ces accidents effrayants, qui menaçaient la vie à brève échéance, fallait-il rester impassible ? M. Cruveilhier ne le crut pas et, tentant un moyen suprême, il pratiqua immédiatement la ligature de la carotide primitive droite, dans son tiers supérieur.

Aucun incident à noter à la suite de l'opération : pas de syncope, pas de convulsions ni de céphalalgie, aucun trouble du côté de l'œil.

A la visite du soir, on ne constate de modification ni de la sensibilité ni de la motilité. Le malade est d'une pâleur excessive. Pas d'hémorrhagie depuis l'opération.

Le 18. Pas d'hémiplégie.

Un peu de dysphagie, ce qui peut tenir à la plaie opératoire, trachée montant et descendant pendant la déglutition.

Le 19. Un peu de suppuration par l'oreille droite. Rien de particulier à noter du côté de la sensibilité et de la motilité.

Le 22. Hémorrhagie par l'oreille droite et la bouche : 600 grammes de sang.

Le 28. Aucun détail à noter depuis le 22. Ecoulement purulent d'odeur infecte par l'oreille. La plaie opératoire est en bon état.

2 mai. Hémorrhagie à 6 heures du matin par l'oreille : quelques caillots de sang dans la bouche.

Le 29. Le malade descend au jardin pour la première fois : la tête est inclinée sur l'épaule gauche avec légère rotation du côté opposé. Paralysie faciale persistante. Ecoulement purulent par l'oreille droite; acuité auditive considérablement diminuée. Déglutition facile.

S. sortit de la maison de santé dans le courant de juin et ne revint me voir qu'au mois de septembre suivant. A ce moment il portait la tête droite et ne présentait aucune déviation des traits. Il avait seulement gardé un écoulement de pus par l'oreille et une abolition complète de l'ouïe du côté droit.

Un an après, l'écoulement purulent n'existait plus, mais l'audition n'était pas encore récupérée.

Enfin, en 1882, c'est-à-dire quatre ans après l'accident, je fus assez heureux pour avoir des nouvelles de notre malade, il entendait du côté droit, mais un peu moins bien qu'à gauche.

Réflexions. — Cette observation pour être complète ne saurait se passer de la solution des trois questions suivantes.

1° Quelle était la source de l'hémorrhagie consécutive médiate ?

2° Quels ont été le lieu et la nature de la lésion du nerf facial ?

3° Comment interpréter ces troubles auditifs qui finalement ont disparu.

1° Source de l'hémorrhagie.

En suivant sur une base du crâne le trajet supposé du projectile, on peut admettre que celui-ci, rasant le pied de l'apophyse ptérygoïde, a dû aborder le rocher par sa partie antéro-inférieure, au niveau du plancher de la caisse du tympan dans laquelle il s'est logé.

Quels sont les troncs vasculaires que cette balle peut rencontrer ? Ce sont, d'avant en arrière, la stylo-mastoïdienne, la carotide interne, à son entrée dans le trou carotidien, la jugulaire interne.

Faut-il penser dans l'espèce à une blessure de la stylo-mastoïdienne ? L'abondance des hémorrhagies plaide contre cette hypothèse.

Les lésions de la jugulaire interne sont toujours mortelles, ainsi qu'en font foi les observations de Huguier (*Soc. Chir.* 1851), Toynbee (*A descriptive catalogue* of Muséum, page 812), Syme (*Edimburg Monthly Journal*, n° 3), Courtin (*Soc. Anat.* 1848, p. 120), Tröltsch (*Anatomische Beitrage*).

En définitive nous sommes amenés à conclure à la blessure de la carotide interne droite.

Il y a eu au moment de l'accident contusion de la carotide interne; puis, lors de la chute de l'eschare, qui survient en général du 10[e] au 15[e] jour, l'hémorrhagie est apparue (1). Elle s'est montrée sans cause, sans effort et ne se faisant sentir du malade que par la sensation d'un liquide brûlant par l'oreille et la bouche. Le sang est rutilant et sort en assez grande quantité. Le malade de Boinet (Jolly: Ulcération de la carotide interne consécutive à la carie du rocher. *Arch. générales*. 1866, t. II, et 1870, t. I,) perdit un plein cruchon de sang. Marc Sée (1858) porte à un kilogramme le sang écoulé, M. Choyau (1864) évalue à un litre et demi la quantité de sang enlevé à un malade par sa première hémorrhagie. Le patient de Jolly (1866) perdit une fois 800 grammes environ. Notre malade rendit en deux jours trois kilogrammes de sang.

Etant admise la lésion de la carotide interne, on devait pratiquer chez S. la ligature de la carotide en se conformant à la cinquième conclusion de Jolly : « Quand le chirurgien aura reconnu l'ulcération de la carotide interne, il n'aura qu'une ressource, la ligature d'une des deux carotides, interne ou primitive, et il devra la faire le plus tôt possible. »

D'ailleurs le professeur Duplay (*Arch. générales*, 1867, 6[e] série, 9, p. 474) appuie catégoriquement la manière de voir de Jolly, à l'encontre de Genouville qui refuserait en pareil cas à son malade cette dernière branche de salut. Sur quinze cas de ligature de la carotide primitive, pour plaie de la carotide interne, on trouve six guérisons, six morts et trois résultats inconnus, les observations étant incomplètes. En mettant ces trois cas à la colonne des morts, c'est encore une proportion de 40 0/0 de guérison. Ainsi donc, et nous le répétons, on fera la ligature de la carotide primitive parce que, dit le professeur Le Fort, cette ligature est plus facile et n'expose pas à plus d'accidents que la ligature de la carotide interne.

Comme on a pu le voir, notre malade ne présenta aucun accident cérébral. Sur 370 cas de ligature, M. Le Fort note seulement 100 cas dans lesquels il y eut des accidents cérébraux. Parmi les 26 cas recueillis dans la Revue d'Hayem, on en trouve huit où il est dit qu'aucun phénomène ne suivit la ligature, douze où il n'est fait mention d'aucun d'accident et six seulement où l'on observa « de la céphalalgie », « un peu de perte de mémoire et d'obscurité de la vision », « une hémiplégie transitoire » enfin « une aphasie et une paralysie de l'hypoglosse persistantes ». En résumé on peut avancer que les accidents consécutifs à une seule ligature ne sont pas si

(1) Le Fort, art. Carotide du Dict. encyclopédique.

fréquents qu'on a bien voulu le dire, puisqu'on ne les trouve que dans la proportion de 26 à 29 p. 100.

J'ajoute que le malade eut une hémorrhagie le cinquième jour le quinzième jour après l'opération. Etait-on autorisé à tenter à un aussi court intervalle la ligature de la carotide gauche ? Nous ne le croyons pas, étant donnés les risques de mort que l'on faisait courir au malade, étant reconnu d'autre part que l'hémorrhagie peut revenir sans entraver la guérison, témoin ce fait de Syme, cité par Jolly, dans lequel un enfant de 9 ans put perdre après la ligature près de 1500 grammes de sang en six jours et cependant guérir parfaitement.

2° Quels ont été le lieu et la nature de la lésion du nerf facial.

Il est à supposer que le facial a été blessé au passage de la balle, très probablement au niveau de sa sortie du trou stylo-mastoïdien ou tout au moins dans la dernière portion du canal osseux qui le contient.

Ce n'a pas été une simple contusion car la paralysie ne serait survenue que deux ou trois semaines après l'accident. Il a dû y avoir une section complète, lésion qui s'est réparée dans l'espace de trois mois. Cette régénération rapide ne répugne pas à l'esprit, si l'on se rappelle que Steinruch, en 1838, avait trouvé des cicatrices nerveuses au bout d'un mois. Plus près de nous, Vulpian et Philippeaux citent un exemple de réunion rapide chez un chien auquel ils avaient enlevé 8 centimètres de nerf hypoglosse. Vingt-quatre jours après les deux bouts présentaient entre eux des tractus grisâtres qui les unissaient et l'on constatait la présence de nombreux tubes nerveux grêles.

3° Interprétation des troubles auditifs.

Ces troubles tardifs ne peuvent qu'être mis sur le compte d'une inflammation chronique de la caisse avec désorganisation de son contenu. L'écoulement a duré un an et demi, a disparu enfin, permettant à l'appareil auditif de reprendre un fonctionnement à peu près normal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1887. — *Présidence de* M. Sappey.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Riban, qui se porte candidat dans la section de physique et de chimie; 2° une lettre de M. le professeur Pierret (de Lyon), qui se porte candidat au titre de correspondant national; 3° un travail intitulé : *Vidanges et eaux ménagères*, envoyé pour le concours du Prix de

l'Académie en 1888; 4° des lettres de remerciement de divers lauréats de l'Académie.

APERÇU CLINIQUE SUR L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES PALATINES ET DU TISSU ADÉNOIDE DU PHARYNX NASAL. — M. *R. Blache* décrit l'habitus extérieur des enfants atteints d'hypertrophie du tissu adénoïde pharyngo-nasal, habitus conforme à celui que l'on attribue à l'hypertrophie des amygdales. Le tissu adénoïde partant de la glande de Lushka peut prendre, dès la première enfance, un développement considérable. Cette masse adénoïde peut obstruer la trompe, se développer du côté du pharynx supérieur et gêner très notablement la respiration et par suite le sommeil. La respiration nasale ne peut être entravée longtemps sans amener divers troubles. Les yeux deviennent saillants, la cloison des fosses nasales se dévie et le plancher lui-même se soulève. La lèvre supérieure s'atrophie. Le thorax lui-même se modifie profondément.

En dehors de ces déformations mécaniques, il est des troubles de nutrition. La gêne de l'inspiration amène une hématose incomplète. On trouve de l'hypertrophie des amygdales et, presque toujours, des granulations pharyngiennes. L'examen laryngoscopique montre que le tissu adénoïde se développe également dans le larynx. Le toucher montre parfois des amygdales grosses et molasses, qui ne sont que le prolongement du tissu adénoïde de la glande de Lushka.

L'enfance et la scrofule prédisposent à cette affection, qui, souvent aussi, trouve son origine dans des inflammations répétées de la muqueuse de cette région.

Comme traitement, il faut procéder à l'ablation des tissus morbides; si cette ablation est faite à temps dans l'enfance, avant que l'ossification n'ait fixé les formes osseuses décrites dans ce travail, on sera surpris au bout de peu de temps du résultat obtenu. L'opération est relativement facile et ne donne pas de récidive.

TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR L'ANTIPYRINE. — M. *Legroux* a expérimenté l'action de l'antipyrine dans la chorée, à l'hôpital Trousseau. Il a recueilli six observations de chorée classique, guérie complètement et guérie d'une façon si rapide que leur interprétation semble échapper à toute critique. Il a fallu de 6 à 27 jours pour guérir une maladie dont la durée moyenne est de 67 jours d'après M. Germain Sée et de 90 jours d'après M. Cadet de Gassicourt. Il a fallu 3 grammes d'antipyrine par jour pour obtenir ce résultat.

ELECTIONS. L'Académie procède au renouvellement des commissions permanentes pour l'année 1888. Sont nommés :

Commission des Epidémies. MM. Nocard et Ollivier.

Commission des Eaux minérales. MM. Proust et Robin.

Commission des Remèdes secrets. MM. Prunier et Marty.

Commission de Vaccine. MM. Trasbot et Laboulbène.

Commission de l'Hygiène de l'enfance. MM. Charpentier et Roussel.

Comité de Publication. MM. Legouest, Empis et Gariel.

De la durée d'isolement des écoliers atteints de maladies contagieuses. — M. *Ollivier*, au nom de la commission spéciale, répond à la lettre du ministre de l'instruction publique qui demandait à l'Académie, au mois de novembre dernier, s'il y avait lieu de modifier la durée pendant laquelle les enfants atteints de maladies contagieuses devaient être écartés des écoles.

La commission pense que, pour la rougeole, la période d'isolement doit être réduite à 25 jours seulement, cette affection étant surtout contagieuse au début pendant la période d'invasion.

M. Ollivier termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons ou de la diphthérie, seront strictement isolés de leurs camarades ;

2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie, c'est-à-dire à partir du premier jour de l'invasion ; elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons.

3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales portant même sur le cuir chevelu ;

4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur sous-pression ou soumises à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés ;

5° La chambre devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé. Les objets de literie seront désinfectés dans l'étuve à vapeur sous-pression, enfin les matelas, préalablement défaits, seront soumis au même traitement ;

6° L'élève qui aura été atteint en dehors de l'établissement d'instruction publique de l'une des maladies contagieuses énoncées dans le rapport ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que l'élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. La réception de l'élève sera toujours subordonnée à l'examen du médecin de l'établissement.

M. *Le Fort* fait remarquer que la coqueluche, affection nettement contagieuse, n'est pas énoncée dans le rapport.

M. *Ollivier*. Ce rapport est une simple réponse à la lettre du ministre, qui ne parle pas de la coqueluche.

M. *Le Fort*. Dans ce rapport, la plupart des maladies se trouvent

citées à l'exception de la coqueluche ; il serait bon de montrer au ministre qu'il l'a oubliée.

M. *Bucquoy* croit que la question doit être réservée dans la réponse du ministre et qu'elle doit être discutée par l'Académie, car nous ne savons pas pendant combien de temps il faut isoler les coquelucheux.

M. *Gautier* demande que les meubles d'une infirmerie soient lavés au sublimé, c'est demander une chose impossible.

Sur la demande de l'Académie, la question est renvoyée à la commission.

De la contagion de la pelade. — M. *Ollivier*, sur la demande qui lui en a été faite dans la dernière séance, indique sous forme de conclusions la conduite qu'il désirerait voir tenir à l'égard des enfants atteints de pelade.

Les élèves des établissements d'instruction primaire ou secondaire atteints de pelade seront soumis à une enquête médicale minutieuse ayant pour but de rechercher l'origine de la maladie et de savoir si elle est attribuable à quelque émotion vive, à des troubles du système nerveux ou à des phénomènes névrotiques certains. Dans ces cas il n'y aurait lieu de prendre aucune mesure prophylactique à l'égard de ces enfants.

Dans le cas où l'on ne retrouverait pas l'origine de la pelade, il y aurait lieu de considérer les enfants comme suspects et de les surveiller.

Lorsqu'il sera prouvé par un certificat médical sérieux que la maladie remonte à plusieurs années et que cependant les enfants n'ont provoqué autour d'eux aucun fait de contagion, il y aura lieu de se départir de la surveillance que l'on doit exercer à leur égard.

Les pensionnaires atteints de pelade coucheront soit à l'infirmerie, soit dans une partie spécialement désignée et isolée du dortoir. On devra veiller à ce qu'ils ne quittent jamais leur coiffure et à ce qu'ils n'en fassent aucun échange avec leurs camarades.

Dans le cas d'impossibilité d'appliquer les mesures ci-dessus indiquées, le proviseur pourra prononcer l'exclusion temporaire comme elle existe aujourd'hui.

M. Besnier. M. Ollivier nous donne des conclusions très satisfaisantes puisqu'il cherche à sauvegarder l'intérêt particulier et l'intérêt général, mais au fond il garde son opinion et ne nous a formulé les conclusions comme il l'a fait que par égard pour le sentiment de l'Académie.

L'Académie, en mettant au concours pour 1890 la question *des pelades*, a montré que l'opinion ne nous paraissait pas du tout faite sur ce point. La contagion de la pelade n'est pas une contagion voyante, elle n'est ni nécessaire ni constante. Aussi la négation de

la contagion de la pelade existe chez tous les observateurs qui n'ont pas vu pendant assez longtemps cette maladie. M. Besnier a vu la pelade se transmettre de la femme au mari, de la maîtresse à l'amant, du coiffeur au client ou inversement, du serviteur au maître, du malade au médecins et les élèves de l'hôpital Saint-Louis en conservent la regrettable tradition.

Depuis quinze ans M. Besnier manie tous les jours des teigneux et des galeux, sans avoir contracté la teigne et la gale. Cela ne prouve pas que ces deux maladies ne sont pas contagieuses. Si les maladies contagieuses étaient toujours contagieuses elles deviendraient rapidement universelles.

Les conclusions de M. Ollivier sont à quelque chose près parfaitement acceptables, mais elles ne sont pas toujours immédiatement applicables.

M. Ollivier. C'est déjà un excellent résultat que d'avoir obtenu que les enfants peladeux ne fussent pas d'emblée exclus des écoles.

On n'a pas dans cette discussion suffisamment parlé des pelades résultant d'une trophonévrose; M. Ollivier en cite des cas qui lui paraissent très probants.

M. *Bucquoy* s'était fait inscrire pour prendre la parole, il voulait prendre la question au point de vue pratique; depuis trente ans qu'il est attaché à des établissements d'instruction, il croit, tout en admettant la contagion, qu'il est possible de garder dans les écoles des enfants atteints de pelade. Il a vu récemment au collège Sainte-Barbe 4 enfants atteints de pelade, chacun d'eux ayant contracté la maladie isolément; il a pu conserver les élèves sans observer dans l'école entière aucun cas de contagion. Avec des précautions on peut éviter la contagion; cela pourrait être fait pour une maladie bien plus grave et bien plus contagieuse, la teigne tondante.

Dans les lycées, dans les collèges, dans les écoles préparatoires, il est facile de soigner et de surveiller les élèves, mais il n'en est pas de même dans les asiles et dans les écoles primaires qui sont des externats et où les enfants ne trouvent pas toujours dans leurs familles des soins suffisants.

M. *Fournier*. Il y a d'excellentes observations qui tendent à prouver la contagion de la pelade; mais il y a aussi d'excellentes observations qui tendraient à montrer que la pelade n'est pas contagieuse. M. Fournier cite le cas d'un enfant de 11 ans, atteint de pelade depuis dix mois; aucun membre de la famille, composée du père, de la mère, de deux sœurs et d'un autre enfant de 10 ans, avec lequel couchait constamment le malade, aucun n'avait contracté la pelade. La pelade est donc beaucoup moins contagieuse que la gale, la teigne et le trichophyton par exemple, elle est contagieuse à sa façon.

M. Fournier croit que la pelade devient beaucoup plus fréquente depuis quelque temps; il propose donc à l'Académie de nommer une commission permanente de la pelade ; cette commission aurait pour but de recueillir tous les documents relatifs à la pelade et de vérifier les épidémies de pelade qui pourraient se déclarer à Paris ou en province.

M. *le Président* nomme une commission chargée d'étudier la question de la pelade et composée de MM. Besnier, Hardy, Bucquoy, Cornil, Ollivier, Fournier.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport du trésorier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 2 au 7 janvier 1888.

Jeudi 5. — Médecine opératoire : MM. Panas, Polaillon, Quenu. Epreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Peyrot, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernet, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. Bouchard, Proust, Hutinel.

Vendredi 6. — 1er examen, doctorat : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Ollivier, Remy, Villejean. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Ch. Richet, Reynier, Pouchet. — 2e examen, officiat (définitif) : MM. Potain, Kirmisson, A. Robin. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Landouzy, Chauffard.

Samedi 7. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Peyrot. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Bouchard, Polaillon, Quinquaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) (3e série) : MM. Ch. Richet, Schwartz, Brun. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Proust, Dieulafoy, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie) Hôtel-Dieu : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Peter, Cornil, Troisier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Laboulbène, Fernet, Ballet.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 5, à 1 heure. — M. DUFESTEL :

Des maladies simulées chez les enfants. *Président* : M. Brouardel. — M. Roullié : Résection du sternum. *Président* : M. Laboulbène. — M. Bayoux : Comparaison de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le traitement des affections douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales. *Président* : M. G. Sée. — M. Barbot : Traitement de la coqueluche par les pulvérisations intra-nasales. *Président* : M. Jaccoud. — M. Lahaye : Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. *Président* : M. Richet. — M. Chaleix : Des névralgies vésicales. *Président* : M. Peter.

Vendredi 6, à 1 heure. — M. Ythier : Lavage du péritoine dans la laparotomie. *Président* : M. Guyon. — M. Mouret : Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse. *Président* : M. Fournier.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 6 février 1888, à une heure précise dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration depuis le mardi 3 janvier jusqu'au lundi 23 janvier inclusivement, de onze à trois heures.

Docteur-médecin. — Louage de services pour une exploitation commerciale. — Contestation. — Compétence. — Le tribunal de commerce de la Seine, dans son audience du 25 novembre 1887, a rendu un jugement duquel il ressort qu'un médecin qui, traitant avec un commerçant inventeur d'un produit, s'oblige à faire des conférences, à écrire des brochures, à rédiger des annonces-réclames et à faire des tournées, le tout, en vue d'assurer la vente des produits en exploitation, et moyennant des appointements annuels, des frais de voyage et une part dans les bénéfices, sort de l'exercice ordinaire de sa profession et doit être assimilé à un employé ou à un voyageur de commerce. Il devient, à ce titre, justiciable des tribunaux consulaires pour les contestations pouvant s'élever entre lui et son patron. (Journal le *Droit* du 20 décembre).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

LA FRANCE MÉDICALE

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1887 — Tome II

A

B

D

E

F

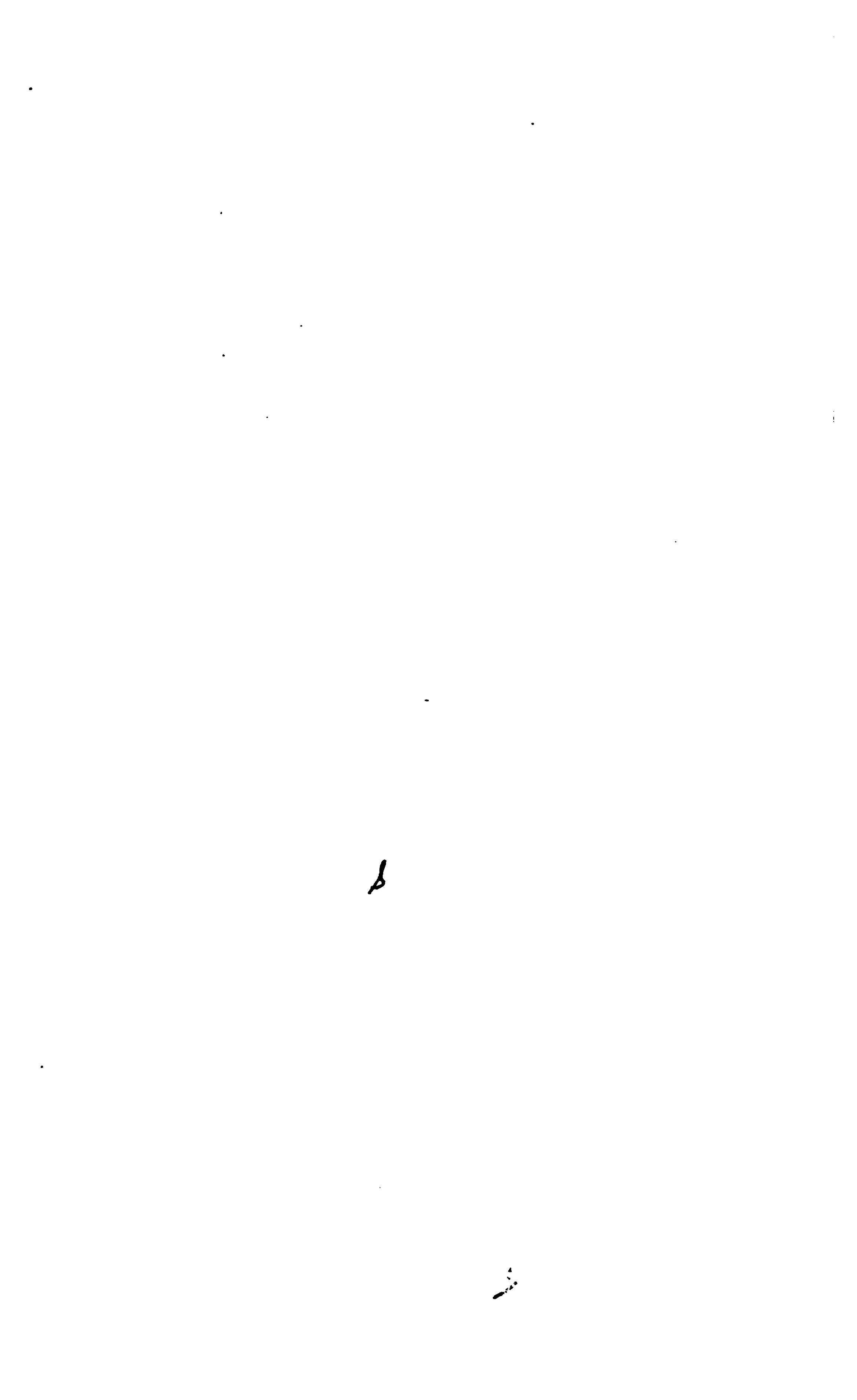
S

T

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.




COUNTWAY LIBRARY
HC 4KUF C